

## Anamnesebogen

Liebe Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
geb. am:	<input type="text"/>	Körpergröße:	<input type="text"/> cm
		Körpergewicht:	<input type="text"/> kg
Beruf / ausgeübte Tätigkeit:	<input type="text"/>		
Telefonisch erreichbar privat:	<input type="text"/>		
dienstlich:	<input type="text"/>		
mobil:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Hausarzt:	<input type="text"/>		

### Regelblutung (Periode):

Erste Periode mit:  Jahren

Datum der letzten Periode:

Schmerzen bei der Periode:  ja  nein

Dauer der Periode:  Tage

Ist (war) die Periode  
regelmäßig?  ja  nein

HPV-Impfung:  ja  nein Datum:

Wann war die letzte Gynäkologische Untersuchung? Datum:

Wann war die letzte Krebsvorsorge? Datum:

Wann war die letzte Mammo-/Sonographie? Datum:

### Bisherige Verhütungsmethode:

(Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondom, etc.)

### Bekannte Erkrankungen:

(z.B. Migräne, Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung, Gerinnungsstörung, Thrombose, Embolie, etc.)

### Ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

(z.B. Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung, Thrombose, Embolie, Herzinfarkt, Schlaganfall, Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten, etc.)

Wer ist betroffen?

Erkrankung

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Allgemeine Operationen:**  
(z.B. Blinddarm, etc.)

Datum


Art des Eingriffs


**Gynäkologische Operationen:**

Datum


Art des Eingriffs


**Geburten:**

Datum

Geburtsart


Geburtsgewicht


Komplikationen


**Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiter-Schwangerschaften:**

Datum

Fehlgeburt

Abbruch

Eileiter-Schwangerschaft/Seite


  
  
 links  
 links

 rechts  
 rechts

**Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:**

Medikament

Dosis

seit




**Allergische Reaktionen auf folgende Stoffe:** (z.B. Penicillin, Jod, etc.)

nein  ja auf:

--

**Nikotin:**

nein  ja Anzahl/Tag:

--

**Sonstiges:**

--

--

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bei allen Fragen, die Sie beschäftigen, stehen mein Team und ich Ihnen sehr gerne zur Verfügung. Sprechen Sie uns an!