

Pat.-ID:

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin,

da wir Sie noch nicht kennen oder Ihre Anamnese sich vielleicht geändert hat, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit Informationen über relevante Vorerkrankungen oder medizinische Risiken zu erhalten und zu berücksichtigen. So können wir eine optimale Versorgung in unserer Praxis ermöglichen.

Bitte fragen Sie nach, falls Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens brauchen.

Name Vorname

Adresse

geboren am Größe (cm) Gewicht (kg)

Beruf

Telefon privat mobil

E-Mail

Hausarzt

Versicherungsstatus gesetzlich privat Selbstzahler

Anlass des Besuches Vorsorge Verhütung Gespräch
 Beschwerden Wechseljahre Schwangerschaft
 Kinderwunsch Zweitmeinung
 andere:

Wann war der letzte Besuch beim Frauenarzt?

Wann wurde bei Ihnen die letzte (Krebs-)Vorsorge mit PAP-Abstrich durchgeführt?

Wurde seit dem 1.1.2020 bereits ein Co-Test mit HPV (= humanes Papilloma Virus) bei Ihnen durchgeführt? ja nein weiß ich nicht

Haben Sie bereits eine Impfung gegen HPV erhalten? (Cervarix oder Gardasil 4/9) ja nein

Wann war der erste Tag der letzten Periode? regelmäßig unregelmäßig

(sehr) schmerzhaft stark

Welche Art der Verhütung benutzen Sie? nicht (mehr) nötig Kondom / Diaphragma

Pille (welche) Sterilisation Sterilisation beim Partner

Spirale (Welche? Wann eingesetzt?)

Implanon-Verhütungsstäbchen andere Verhütungsmethode

Pat.-ID:

Nehmen Sie Hormonpräparate ein?

Ja

Nein

Falls ja, welche? (auch lokal)

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein?

keine

z.B. Blutdruck, Herz, Schilddrüse, Psychopharmaka, Vitamine, Blutverdünner oder andere

.....
.....
.....

Hatten Sie schon einmal eine Mammografie (=Röntgen der Brust)?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und wo?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und warum?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

.....

Rauchen Sie?

Ja (wenn ja, wie viel Zigaretten täglich?)

Nein

Trinken Sie Alkohol?

Ja, regelmäßig

Ja, gelegentlich

Nein, nie

Nehmen Sie Drogen?

Ja (wenn ja, welche und wieviel?)

Nein

Eigene Erkrankungen:

Ja

Nein

Wenn ja, nennen Sie bitte auch nicht-gynäkologische Erkrankungen (z.B. Unterleib, Geschlechterkrankungen, Blutdruck, Diabetes, Migräne, Schilddrüse, Herz, Krebs, Gerinnungsstörungen/ Thrombose/ Embolie, Epilepsie, Depressionen, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Nieren, Infektionen z.B. Hepatitis, HIV, Schlaganfall oder andere)

.....
.....
.....
.....

Pat.-ID:

Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja

Nein

Falls ja, wann/ was/ ggf. welches Krankenhaus?

(z.B. Blinddarm, Leistenbruch, Galle, Schilddrüse, Brust, Magen/Darm, Genitalbereich, kosmetische Operationen)

.....
.....
.....

Waren Sie schon einmal schwanger?

Ja

Nein

Falls ja, bitte angeben:

Fehlgeburt

Schwangerschaftsabbrüche

Eileiterschwangerschaft

.....
.....

Geburten:

Jahr	Geschlecht	Geburtsart	Komplikationen	Krankenhaus
------	------------	------------	----------------	-------------

.....
.....
.....
.....

Familienanamnese der nahen Blutsverwandschaft:

(Eltern, Geschwister, Großeltern – z.B. Krebs, Gerinnungsstörung/Thrombose/Embolie, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Herzinfarkt/Schlaganfall, Diabetes)

.....
.....
.....

Sonstiges bzw. Anliegen:

.....
.....

Bitte bringen Sie **wichtige Befunde** (z.B. Krankenhausbrief, Vorbefunde) und gegebenenfalls Ihren Impfpass oder alten Mutterpass mit.

Datum: Unterschrift: