
Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten.

Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

☞ Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Name: _____ **Vorname:** _____

Adresse: _____

geboren am: _____

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

telefonisch erreichbar: privat: _____ dienstlich: _____

Handy: _____

Email: _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

Regelblutung: erste Regel (Periode) mit _____ Jahren
keine Regel (Periode) mehr seit _____ Jahren

Ist (oder war) die Periode regelmäßig? ja, alle _____ Tage
nein, _____

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann erfolgte die letzte **Impfung**?

Hepatitis A _____ Hepatitis B _____

Tetanus _____ Diphtherie _____

Polio _____ Tuberkulose _____

HPV _____ Keuchhusten _____

Masern, Mumps, Röteln (MMR) _____

Sonstige (Grippe, Influenza) _____

Wann war die **letzte gyn. Untersuchung**? _____

Wann war die **letzte Krebsvorsorge**? _____

Wann war die **letzte Mammographie/Sonographie**? _____

Haben Sie **derzeit Beschwerden**?

nein

ja, welche: _____

Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:

Methoden: Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondom etc.

Methode	von	bis

eigene Erkrankungen:

Erkrankung (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung)

ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

Verwandtschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten)

allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm):

Datum	Art des Eingriffs

gynäkologische Operationen:

Datum	Art des Eingriffs

Geburten:

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Sauglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche / Eileiterschwangerschaften:

Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter- Schwangerschaft/Seite (rechts, links angeben)

Besteht bei Ihnen **derzeit Kinderwunsch**?

- ja, seit _____
- nein

Besteht derzeit eine **Schwangerschaft**, oder vermuten Sie schwanger zu sein?

- ja
- nein

Wenn ja: Wann war der 1. Tag der letzten Periode? _____

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Dosis	seit

Allergische Reaktion auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):

nein

ja, auf:

Konsum von:

(ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

Sonstiges:

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

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.
Ihr Praxisteam
Dr. med. Kai Schwarz