

521005100  
Praxis Dr. med. Kai Schwarz  
Nicole Wallianos -angest. Ärztin-  
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Bruchsal Str. 22 - 68753 Waghäusel  
Tel. 07254 / 4039910 – Fax: 4039920 www.frauenarztpraxis-dr-schwarz.de

## 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: **Festnetz:** \_\_\_\_\_

**mobil:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt ( Name und Ort)** \_\_\_\_\_

**Haben Sie derzeit Beschwerden?** nein  ja

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch ?** ja  nein

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

nein

ja  wann war der erste Tag der letzten Periode? \_\_\_\_\_

**besteht eine Allergie gegen Medikamente**

nein  ja  gegen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Werden Ihre **Impfungen regelmäßig** durch den Hausarzt **kontrolliert** ja   
und **aufgefrischt**? nein

**Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden**

Medikament	Dosis	seit (Jahr)

**eigene Erkrankungen:**

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

**ernsthafte Erkrankungen in der Familie:**

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

**allgemeine Operationen (z.B. Gebärmutter, Brust, Blinddarm, Gallenblase,Mandeln,etc.)**

Jahr	Art des Eingriffs

Wann war die **letzte gynäkologische Untersuchung**? Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Wann war die **letzte Mammografie/Sonografie**? Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Wann war die **letzte Krebsvorsorge**? Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Regelblutung:** erste Regel (Periode) mit \_\_\_\_\_ Jahren

keine Regel (Periode) mehr im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Ist (oder war) die Periode regelmäßig (+/- 2-3 Tage): ja  nein

**Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:**

Methoden sind z.B. Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monatsspritze, Sterilisation, Kondom etc.

Methode	von	bis

**Geburten:**

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

**Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbrüche/ Eileiterschwangerschaften (zutreffendes bitte ankreuzen):**

Jahr	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft

**Konsum von** (bitte ankreuzen):

	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam

Dr. med. Kai Schwarz