



A N A M N E S E B O G E N

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: _____

Geb. am: _____

Körpergröße: _____ **Körpergewicht:** _____

Zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

Tel. erreichbar: privat: _____ dienstlich: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: Name: _____ Ort: _____

Regelblutung: erste Regelblutung (Periode) mit _____ Jahren

Keine Regelblutung (Periode) mehr seit _____ Jahren

Ist oder war die Regelblutung 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 erste gyn. Untersuchung? _____

Wann war die letzte Krebsvorsorge? _____

Wann war die letzte Mammografie/Sonografie? _____

Haben Sie derzeit Beschwerden?

Nein ja, welche _____

Verhütungsmethoden, die bisher angewandt 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:

Verwandschaftsgrad (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, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften:

Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiterschwangerschaft/Seite (rechts, links angeben)

Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch?

Ja, seit _____

Nein _____

Besteht derzeit bei Ihnen 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?

Nein

Ja, auf _____

Konsum von: (ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

Sonstiges:

Datum: _____ Unterschrift: _____

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe
Ihr Praxisteam**