

Anamnesebogen

FRAUEN
ARZTPRAXIS
MARKGRÖNINGEN



Sehr geehrte Patientin,
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Um einen guten Überblick über Ihre Krankengeschichte zu bekommen, und eine eventuell notwendige Behandlung entsprechend darauf abstimmen zu können, füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig und genau aus. Bei Unklarheiten sprechen Sie uns an!

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Anschrift _____

Erreichbarkeit Mobil _____ Festnetz _____

Mail _____

Hausarzt _____

Zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit _____

Körpergröße _____ Aktuelles Gewicht _____

Wann war die letzte **gynäkologische Untersuchung**? _____

Wann war die letzte **gynäkologische Krebsvorsorge**? _____

Nehmen Sie am **Mammographiescreening** teil? Ggf.: Wann war die **letzte Mammographie**? _____

Wurde bei ihnen eine **Darmspiegelung durchgeführt**? Wann? _____

Zyklus/Regelblutung

Erste Blutung im Alter von _____ Letzte Periodenblutung am _____

Regelmäßig Unregelmäßig Dauer der Blutung _____

Besteht aktuell ein Kinderwunsch? ja nein Wenn ja wie lange schon? _____

Vermuten Sie aktuell schwanger zu sein? ja nein

Welche **Verhütungsmethoden** haben Sie bisher angewendet?

Art	von	bis

Wünschen Sie bezüglich der **Verhütung Beratung**? ja nein

Geburten

Geburtsart (z. B. spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke)	Jahr Gewicht des Kindes	Komplikationen



Fehlgeburten/Eileiterschwangerschaft/Abbrüche

Jahr	Fehlgeburt	Eileiterschwangerschaft	Abbruch

Bestehen bei Ihnen behandlungsbedürftige **Grunderkrankungen** (Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Thrombose etc.)?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Wenn ja welche und in welcher Dosierung?

Name	Dosierung

Gibt es bekannte **Allergien**?

Rauchen Sie? nein ja _____ Zigaretten/Tag

Trinken Sie **Alkohol**? nein selten gelegentlich regelmäßig

Wurden Sie bereits operiert (z. B. Blinddarm, Mandeln, Gallenblase, Knochenbrüche etc.)?

Jahr	Art der Operation

Hatten Sie **gynäkologische Operationen** (an Gebärmutter, Eileiter, Eierstöcken, Brust)?

Jahr	Art der Operation

Gibt es in Ihrer **Familie** chronische Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Thrombose, Herzinfarkte etc.) oder Krebsleiden insbesondere der Brust, Gebärmutter, Eierstöcke und des Darmes?

Verwandtschaftsgrad	Erkrankung

Gibt es aktuell **Beschwerden**?

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____