



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patient\*innen,

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Um Ihre Behandlung vollumfänglich übernehmen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen in Ruhe zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

### Ihre Angaben zur Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name/Anschrift): \_\_\_\_\_

Körpergröße in cm: \_\_\_\_\_ Körpergewicht in kg: \_\_\_\_\_

### Gynäkologische Angaben:

Alter bei 1. Periodenblutung: \_\_\_\_\_ 1. Tag der letzten Periode: \_\_\_\_\_

Wieviele Tage liegen zwischen 2 Periodenblutungen: \_\_\_\_\_

Die Blutung ist:  normal  schwach  stark  schmerzhaft  unregelmäßig

Leiden Sie unter anderen zyklusabhängigen Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, psychische Verstimmung)?

ja  nein

Letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung: \_\_\_\_\_

*Nur für Patient\*innen ab 50 Jahren:* letzte Mammographie: \_\_\_\_\_

letzte Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder:  ja  nein Anzahl Geburten: \_\_\_\_\_

Geburten:      Jahr.              Normale Geburt      Kaiserschnitt      Zange/Saugglocke

1. \_\_\_\_\_  ja  nein       ja  nein       ja  nein

2. \_\_\_\_\_  ja  nein       ja  nein       ja  nein

3. \_\_\_\_\_  ja  nein       ja  nein       ja  nein

4. \_\_\_\_\_  ja  nein       ja  nein       ja  nein

Gab es während einer Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen:  ja  nein

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals:

Fehlgeburten:  ja  nein, Anzahl: \_\_\_\_ Schwangerschaftsabbrüche:  ja  nein, Anzahl: \_\_\_\_

Eileiterschwangerschaften:  ja  nein, Anzahl: \_\_\_\_

Gynäkologische Operationen:  ja  nein

Wenn ja, wann und welche: \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine HPV-Impfung durchgeführt:  ja  nein

Welche(s) Verhütungsmittel verwenden Sie aktuell?

hormonelle Verhütung (Pille, Ring) Präparat: \_\_\_\_\_  Spirale  Kondom  
 Diaphragma  Implanon  Dreimonatsspritze  Sterilisation  natürliche Verfahren

Besteht der Wunsch nach einer Verhütungsmethode?  ja  nein

Besteht aktuell Kinderwunsch?  ja  nein

Allgemeine Angaben:

Leiden oder litten Sie an unter einer der angegebenen Erkrankungen? (Bitte ankreuzen)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Depressionen/Angststörung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen           | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Essstörung                |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie          | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hormonstörung             |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung      | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD              | <input type="checkbox"/> Endometriose/Myome        |
| <input type="checkbox"/> Blutarmut/Anämie           | <input type="checkbox"/> Osteoporose              | <input type="checkbox"/> Eierstockzysten           |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darmerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Migräne                  | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden  |
| <input type="checkbox"/> Leber-/ Gallenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle            | <input type="checkbox"/> Akne/Haarausfall          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall             | <input type="checkbox"/> Allergie: _____           |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung: _____     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____              |   |  |

Wie ernähren Sie sich?  Vollkost  Vegetarisch  Vegan

Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche (ggf. Medikamentenplan)? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormone ein?  ja  nein

Wenn ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder konsumieren Sie Drogen?  ja  nein

Sind alle Impfungen aufgefrischt?  ja  nein (Bitte legen Sie uns Ihrem Impfausweis vor)

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen (Brust-/Eierstockkrebs), Thrombose, Lungenembolie oder sonstige bösartige Erkrankungen aufgetreten?  ja  nein

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied? \_\_\_\_\_

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

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