



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 Mammografie: _____

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: _____

Andere Operationen: _____

Wurde bei Ihnen eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV-Impfung) durchgeführt: ja nein

Welche(s) Verhütungsmittel verwenden Sie aktuell?

hormonelle Verhütung (Pille, Ring) Präparat: _____ Spirale Kondom Implanon

Diaphragma Dreimonatsspritze Sterilisation natürliche Verfahren Vasektomie Partner

Besteht der Wunsch nach einer anderen Verhütungsmethode? ja nein

Besteht aktuell Kinderwunsch? ja nein

Allgemeine Angaben:

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

Bluthochdruck Schilddrüsenerkrankungen Depressionen/Angststörung

Herzerkrankungen Nierenerkrankungen Essstörung

Thrombose/Embolie Stoffwechselerkrankungen Hormonstörung

Blutgerinnungsstörung Asthma/COPD Endometriose/Myome

Blutarmut/Anämie Osteoporose Eierstockzysten

Magen/Darmerkrankungen Migräne Wechseljahresbeschwerden

Leber-/ Gallenerkrankungen Krampfanfälle Akne/Haarausfall

Diabetes Schlaganfall Allergie: _____

Krebserkrankung: _____

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: _____