



## 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 (gerechnet vom 1. Tag zum nächsten 1. Tag): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Jahr	Normale Geburt	Kaiserschnitt	Zange/Saugglocke
1. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_