

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

geboren am: _____

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

zur Zeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

telefonische Erreichbarkeit: privat: _____ dienstlich: _____

Handy: _____

Email: _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

Regelblutung: erste Regel (Periode) mit _____ Jahren
keine Regel (Periode) mehr seit _____ Jahren

Ist (oder war) die Periode regelmäßig? ja, alle _____ Tage
nein, _____

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? ja nein

Wann war die letzte gyn. Untersuchung? _____

Wann war die letzte Krebsvorsorge? _____

Wann war die letzte Mammographie/Sonographie? _____

Haben Sie derzeit Beschwerden?

nein ja, welche _____

Verhütungsmethoden, die bisher angewendet 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:

Verwandtschaftsgrad:

(z.B. Mutter, Bruder)

Erkrankung

(Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten...)

Operationen (z.B. Blinddarm, Gebärmutterentfernung ect.):

Datum

Art des Eingriffs

Geburten:

Datum

Geburtsart

(spontan, Kaiserschnitt, Zange, Sauglocke)

**Geburts-
gewicht**

Komplikationen

Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche / Eileiterschwangerschaften:

Datum

Fehlgeburt (ankreuzen)

Abbruch (ankreuzen)

**Eileiterschwangerschaft
(Seite angeben)**

Besteht bei Ihnen **derzeit Kinderwunsch**?

ja, seit _____

nein

Besteht derzeit 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 Reaktionen auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):

- nein
- ja, auf:

Konsum von:

(bitte ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe
Ihr Praxisteam