

Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer gynäkologischen Praxis!

Damit wir Sie bestmöglich beraten und betreuen können, bitten wir im Folgenden um eine genaue Beantwortung unserer Fragen zu Ihrer Krankengeschichte.

<input type="radio"/>	Vorname, Name:	
<input type="radio"/>	Geburtsdatum:	Alter:
<input type="radio"/>	Familienstand:	
<input type="radio"/>	Adresse:	
<input type="radio"/>	Beruf:	aktuelle Tätigkeit:
<input type="radio"/>	Handy-/Telefonnummer, E-Mail:	
<input type="radio"/>	Krankenkasse/ Kostenträger:	

Haben Sie Unverträglichkeiten auf Medikamente oder Allergien? Nein Ja ➔ Welche?

Haben Sie Vorerkrankungen? Nein Ja – bitte ankreuzen:

Bluthochdruck Thrombose/Embolie Gerinnungsstörung, welche:

Schilddrüsenerkrankung, welche: Schlaganfall

Herzinfarkt Migräne: mit Aura ohne Aura

Krebserkrankung ➔ machen Sie bitte nähere Angaben (z. B. Wann/Wo trat die Krebserkrankung auf, Chemotherapie/Bestrahlung?) _____

Sonstige Erkrankung:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja Welche?

Sind Sie schon mal operiert worden? Nein Ja Wo / Welches Jahr ca.?

Gibt es bei Ihnen in der Familie gehäuft Krebserkrankungen? (insbesondere Brust/Eierstock/Gebärmutter/ Darm-Krebs) Nein Ja – bitte erläutern, wer in welchem Alter erkrankt?

Haben Sie Kinder geboren? Nein Ja

Anzahl der Schwangerschaften: _____ in welchem Jahr: _____

- Spontane Geburt/ Anzahl: _____ Kaiserschnitt/ Anzahl: _____ Saugglocke/ Anzahl: _____
 Abort/ Fehlgeburt vor der 12. SSW Eileiterschwangerschaft Spätabort/Kind verstorben

Haben Sie Kinderwunsch? Nein Ja später Familienplanung abgeschlossen

Haben Sie Probleme mit Ihrer Periodenblutung? Nein Ja ➔ bitte ankreuzen:

- unregelmäßig zu stark sehr schmerzhaft sehr lang (über 7d anhaltend)
 sonstiges: _____

Erster Tag der letzten Periodenblutung? Datum: _____

❖ **Hier weiter ab 40 Jahre**

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden (Hitzewallungen, Schlafstörungen, innere Unruhe, Stimmungsschwankungen)? Nein Ja ➔ bitte unterstreichen, Sonstiges: _____

Nehmen Sie eine Hormonersatz-Therapie ein? Nein Ja ➔ Welche? _____

Wann war Ihre letzte Mammographie? Jahr: _____ bisher noch keine erfolgt

❖ **Hier weiter im Alter von 14 bis 39 Jahre**

Haben Sie Hautprobleme? Nein Ja

Ist verstärkte Körperbehaarung vorhanden? Nein Ja

Ist Blutungsfreiheit gewünscht? Nein Ja

Neigen Sie dazu, die Einnahme von Tabletten zu vergessen (z.B. bei Schichtdienst)? Nein Ja

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? Nein Ja

➔ vollständig (2 x bis 14. Lebensjahr, 3 x nach 14. Lebensjahr)? Nein Ja

Sind Sie gegen MMR (Mumps, Masern, Röteln) geimpft? Nein Ja unklar

Welche Verhütungsmethode wenden Sie an?

- keine Pille/ Ring 3-Monats-Spritze Kondom Hormonspirale
 Kupferspirale Temperaturmess-Methode andere ➔ Welche? _____

Nikotinkonsum? nein ja ca. _____ Zig./ tgl. seit _____ Jahren

Haben Sie weitere Angaben oder Dinge, die Sie mit uns besprechen möchten, können Sie diese gerne im Folgenden nennen:

• _____

Datum: _____

Unterschrift: _____