



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis **möglichst vollständig** aus. Sie helfen uns damit einen Überblick über Ihre Anamnese zu bekommen und die Behandlung optimal darauf abzustimmen.

Name:

Vorname:

Adresse:

geboren:

Körpergröße: cm

Körpergewicht: kg

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:

telefonisch erreichbar:

privat:

geschäftlich:

Handy:

E-Mail:

Hausarzt (Name, Ort):

Regelblutung: erste Regel (Periode) mit Jahren

keine Regel (Periode) mehr seit Jahren

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

nein,

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft? Wenn JA, wann erfolgte die letzte **Impfung**?

Hepatitis A ☐

Hepatitis B ☐

Tetanus ☐

Diphtherie ☐

Polio ☐

Tuberkulose ☐

HPV ☐

Keuchhusten ☐

Covid-19 ☐

Masern, Mumps, Röteln (MMR) ☐

Grippe, Infuenza ☐

Wann war die **letzte gyn. Untersuchung**? ☐

Wann war die **letzte Krebsvorsorge**? ☐

Wann war die **letzte Mammographie/Sonographie**? ☐

Haben Sie **derzeit Beschwerden**? ☐ nein

☐ ja, welche

Haben Sie derzeit **Probleme im Sexualleben**? ☐ nein

☐ ja, welche

Welche **Verhütungsmethoden** haben Sie bisher verwendet?

Methoden: Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondom etc.

Methode von bis

Erkrankungen:

(z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung, etc.)

ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

Verwandtschaftsgrad
(z.B. Mutter, Bruder, etc.)

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

allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm):

Datum Art des Eingriffs

gynäkologische Operationen:

Datum Art des Eingriffs

Geburten:

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen
-------	--	----------------	----------------

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften:

Datum	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft/Seite
-------	------------	---------	-------------------------------

☐☐Besteht derzeit **Kinderwunsch**?☐ ja, seit☐ neinBesteht **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 Reaktion auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):☐ nein ja,☐ auf:**Konsum von:**

früher

gelegentlich

regelmäßig

Nikotin

☐☐☐

Alkohol

☐☐☐

Drogen

☐☐☐

Sonstiges

☐☐☐**Sonstiges wichtige Hinweise:****Ort, Datum:****Unterschrift:****Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Ihr Praxisteam