

# Anamnesebogen



FRAUENARZTPRAXIS  
KELLER

**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 am:

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	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

Masern, Mumps, Röteln (MMR)    
Grippe, Infuenza

# Anamnesebogen



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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

von

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

bis

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Erkrankungen:**

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**ernsthafte Erkrankungen in der Familie:**

Verwandtschaftsgrad

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm):**

Datum

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Art des Eingriffs

<input type="text"/>
<input type="text"/>

**gynäkologische Operationen:**

Datum

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Art des Eingriffs

<input type="text"/>
<input type="text"/>

# Anamnesebogen



## Geburten:

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften:

Datum	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft/Seite
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## Besteht 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Allergische Reaktion auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):

nein ja,  
 auf:

## Konsum von:

	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sonstiges wichtige Hinweise:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Praxisteam