



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, Pfaster, 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	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ihr Praxisteam