
Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten.

Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

 Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Name: _____ **Vorname:** _____

Adresse: _____

geboren am: _____

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

telefonisch erreichbar: 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 folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann erfolgte die letzte **Impfung**?

Hepatitis A _____ Hepatitis B _____

Tetanus _____ Diphtherie _____

Polio _____ Tuberkulose _____

HPV _____ Keuchhusten _____

Masern, Mumps, Röteln (MMR) _____

Sonstige (Grippe, Influenza) _____

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:

Verwandschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten)

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 (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter- Schwangerschaft/Seite (rechts, links 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 Reaktion auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):

- nein
- ja, auf:

Konsum von:

(ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

Sonstiges:

.....
.....
.....
.....
.....

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.
Ihr Praxisteam