

**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.

Methoden	von	bis

**eigene Erkrankungen:**

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

**emsthafteste Erkrankungen in der Familie:**

Verwandtschaftsgrad (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