



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Ihre Vorsorge, Nachsorge oder Behandlung bei uns genau auf Sie abzustimmen, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte nehmen Sie sich die Zeit unseren Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Vielen Dank!

### Persönliche Daten:

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm    Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sonstiger Facharzt: \_\_\_\_\_

### Gynäkologische Anamnese:

Wann war Ihre letzte Periode? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge (PAP-Abstrich)?

≤1 Jahr

> 1 Jahre

> 3 Jahre

Wann war Ihre letzte Mammographie?

≤ 2 Jahr

> 2 Jahre

### Welche Verhütungsmethode nutzen Sie aktuell?

Pille

Verhütungs-Pflaster

Sterilisation

Spirale

3-Monats-Spritze

Verhütungsstäbchen

Kondom

Verhütungs-Ring

Natürliche Verhütung

### Hatten Sie folgende Impfungen?

Hepatitis A

Hepatitis B

Influenza

Tetanus

Diphtherie

COVID-19

Polio

Windpocken

Masern/ Mumps/ Röteln

HPV

Keuchhusten

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Bestehen bei Ihnen folgende Vorerkrankungen?

Erkrankungen des Nervensystems? \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Atemwegs-/ Lungenerkrankungen? \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauf-Gefäß-Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen? \_\_\_\_\_

Erkrankungen des Magen-Darms-Trakts? \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Leber/ Gallenwege? \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Niere/ Harnorgane? \_\_\_\_\_

Muskel-/ Knochen-/ Gelenkerkrankungen? \_\_\_\_\_

Erkrankungen des Blutgerinnungssystems? \_\_\_\_\_

sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien**     nein

ja, auf: \_\_\_\_\_



Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten?  nein  ja wann: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja

Welche: \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie uns Informationen zu Ihrem Konsumverhalten**

Nikotin:  gelegentlich  regelmäßig  früher

Alkohol:  gelegentlich  regelmäßig  früher

Drogen:  gelegentlich  regelmäßig  früher

Hatten Sie bereits gynäkologische Operationen?  nein  ja

Welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie weitere Operationen?  nein  ja

Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie und Ihr Partner eine Kinderwunschbehandlung durchführen lassen?  nein  ja

**Bitte geben Sie uns folgende Informationen zu Ihren Schwangerschaften und Geburten:**

Anzahl Ihrer Schwangerschaften:  1  2  3  4  \_\_\_\_\_

Anzahl Ihrer Fehlgeburten?  1  2  3  4  \_\_\_\_\_

Anzahl Ihrer Eileiter-Schwangerschaft?  1  2  3  4  \_\_\_\_\_

Anzahl Ihrer Schwangerschaftsabbrüche?  1  2  3  4  \_\_\_\_\_

Anzahl Ihrer Geburten:  1  2  3  4  \_\_\_\_\_

davon Spontangeburt:  1  2  3  4  \_\_\_\_\_

davon Kaiserschnittgeburten:  1  2  3  4  \_\_\_\_\_

Not-Kaiserschnitt:  ja wann: \_\_\_\_\_

davon Saugglockengeburt:  1  2  3  4  \_\_\_\_\_

davon Zangengeburt:  1  2  3  4  \_\_\_\_\_

Gab es folgende Komplikationen während der Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett?

Frühgeburt  Stillschwierigkeiten  Geburtsverletzungen: \_\_\_\_\_

Übertragung  Nachblutung  Sonstige Komplikationen: \_\_\_\_\_

Psychische Beschwerden während der Schwangerschaft/ Wochenbett

**Bestehen in Ihrer Familie besondere Erkrankungen (Krebs/ Behinderungen/ Erbkrankheiten/ Blutgerinnungsstörungen/ Diabetes)?**  nein  ja

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_