Dr. med. Miriam Keiloweit
Fachärztin für Gynäkologie & Geburtshilfe

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: _____

Adresse: _____ Krankasse: _____

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 ☐ Diphterie ☐ 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: _____

Dr. med. Miriam Keiloweit
Fachärztin für Gynäkologie & Geburtshilfe

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 Fehlgeburt?	☐ 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 Spontangeburten:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	
davon Kaiserschnittgeburten:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	
Not-Kaiserschnitt:	☐ ja	wann:				
davon Saugglockengeburten:	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐	
davon Zangengeburten:	☐ 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

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____