

Anamnesebogen

Im Rahmen einer gesamtheitlichen Orientierung bitten wir Sie, die Fragen sehr gründlich zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Tel: _____

Beruf. Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____

Gynäkologische Anamnese:

- Wie alt waren Sie beim Einsetzen der 1. Regel? _____ Jahre
- Wie empfinden Sie Ihre jetzige Blutungsstärke? gering normal stark
- Haben Sie Schmerzen bei der Regel? vorher während nachher
- In welchem Abstand kommt die Regel (vom 1. zum nächsten 1. Blutungstag)? _____
- Wie lange bluten Sie (Tage)? _____ Erster Tag der letzten Blutung: _____

Schwangerschaftsverhütung der letzten 5 Jahre:

- keine natürlich Pille, Spirale Hormon-Spirale
 3-Monats-Spritze Hormonstäbchen Sterilisation Sterilisation des Partners

Wechseljahre:

- Wann war Ihre letzte Regelblutung? _____
- Haben Sie früher Hormone eingenommen? Medikament _____ wie lange _____
- Nehmen Sie momentan Hormonpräparate ein? Medikament _____ seit wann _____

Gynäkologische Operationen:

- Wurden Sie schon einmal gynäkologisch operiert? Jahr / was _____

Geburtshilfliche Anamnese:

- Anzahl vorausgegangener Geburten: ____ Geburtsjahr(e): _____
Steißlagengeburt Saugglockengeburt Zangengeburt Kaiserschnitt
Operativer Eingriff nach der Geburt ja / nein
Haben Sie gestillt? Wenn ja, wie lange?
- Anzahl vorausgegangener Fehlgeburten: ____ wann: _____
- Anzahl vorausgegangener Schwangerschaftsunterbrechungen: ____ wann: _____
- Anzahl vorausgegangener Eileiterschwangerschaften: ____ wann: _____
- Sterilitätsbehandlungen: wann: _____ was: _____

Eigenanamnese:

- Herzerkrankung:
 - Fettstoffwechselstörung:
 - Zuckerkrankheit:
 - Nierenleiden/Dialysebehandlung:
 - Migräne:
 - Thrombose od. Blutgerinnselbildung:
 - Herzschrittmacher:
 - Sonstige:
- Bluthochdruck:
 - Gerinnungsstörung:
 - Lebererkrankung:
 - Fettleibigkeit:
 - Glaukom:
 - Psychische Anfälle od. Nervenleiden:
 - Erkrankung des Bewegungsapparates:

Operationen / Unfälle / Verletzungen:

- Wurden Sie schon einmal operiert (außer gynäkologisch)? wann: _____ was: _____
- Hatten Sie Unfälle oder Verletzungen? wann: _____ was: _____

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wurde eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt? _____ Welche: _____
(bitte legen Sie uns wenn möglich Ihren Impfausweis vor)

Allergien / Unverträglichkeiten:

- _____
- _____
- _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein, einschließlich pflanzlicher Präparate?

- _____
- _____

Familienanamnese: Erkrankungen bei Eltern – Geschwistern – Großeltern – Tanten – Onkel - Kindern

- Bluthochdruck, wer _____ Herzinfarkt, wer _____
- Zuckerkrankheit, wer _____ Fettstoffwechselstörung, wer _____
- Schlaganfall, wer _____ Gerinnungsstörung, wer _____
- Thrombose od. Blutgerinnselbildungen, wer _____
- Brustkrebs, wer _____ Unterleibskrebs, wer _____
- Sonstiges, wer _____

Leiden Sie an häufigen Beschwerden?

- Schmerzen Spannen Knoten rechts links in der Brust
- Schmerzen Spannen Knoten rechts links im Unterbauch
- Ausfluss Brennen in der Scheide Sexualprobleme
- Hitzewellen Schlafstörungen Blasenprobleme
- Sonstige

Ich habe die im Wartezimmer ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und bin mit der Weiterverarbeitung meiner persönlichen Daten einverstanden: Ja Nein

Datum _____ Unterschrift _____ Arztunterschrift _____