

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN (Seite 1 von 2)



Katja Berger
Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe · Psychotherapie

Sehr geehrte Patientin,
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung dieser Fragen.
Sie helfen uns so, erste wichtige Informationen zu Ihrer Person und Ihrer Frauengesundheit zu erfassen.

Kontaktdaten:

Name, Vorname		Geburtsdatum		E-Mail	
Straße			PLZ/Ort		
Beruf	Tel. privat		Tel. mobil		Tel. geschäftlich
Krankenkasse		Hausarzt		Telefon Hausarzt	

Körpergröße in cm: Gewicht in kg:

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?

1. Tag Ihrer letzten Periode: Menopause (letzte Blutung in Wechseljahren / bitte Jahr angeben):

Wie lange dauert Ihr Zyklus? 24 T 26 T 28 T 30 T 32 T unregelmäßig kürzer länger

Wie lange dauert die Blutung? Tage

Anzahl und Jahre Ihrer Geburten? natürliche Geburt/en * / * / * / * / * / *

..... Kaiserschnitt/e * / * / * / * / * / *

..... Zange/Saugglocke/n * / * / * / * / * / *

(*Geburtsjahr)

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen? ja nein

Wann und welche?

Anzahl und Jahre Ihrer Fehlgeburten?

Anzahl und Jahre Ihrer Eileiterschwangerschaften? li. re.

Anzahl und Jahre Ihrer Schwangerschaftsabbrüche?

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? ja nein

Wann und welche?

Hatten Sie andere Operationen? ja nein

Wann und welche?

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? ja nein

Welche?

Wurde die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann? Anzahl: mit Impfstoff: Gardasil Gardasil 9 Cervarix

Wann war Ihre letzte Untersuchung/Krebsvorsorge beim Frauenarzt?

Wann wurde die letzte Mammographie durchgeführt?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ja nein Wann?

+ bitte wenden +



Mit welcher Methode verhüten Sie?

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Keine | <input type="radio"/> Pille (Pillename): | <input type="radio"/> Kondom |
| <input type="radio"/> Verhütungsstäbchen (Implanon) | <input type="radio"/> Hormonspirale (Mirena, Kyleena) | <input type="radio"/> Kupferspirale |
| <input type="radio"/> Sterilisation | <input type="radio"/> Sterilisation des Partners | <input type="radio"/> Nuvaring |
| <input type="radio"/> 3-Monats-Spritze | <input type="radio"/> Pflaster | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche?

Nehmen Sie Hormone ein? ja nein

Welche und seit wann?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Gerinnungsstörung | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Krampfadern | <input type="radio"/> Migräne |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Nierenerkrankung |
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Hormonstörung | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Blutungsneigung |
| <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Harninkontinenz | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> HIV | <input type="radio"/> Wechseljahrsbeschwerden | <input type="radio"/> Gemütskrankung |
| <input type="radio"/> Asthma/COPD | <input type="radio"/> Krebserkrankungen | |
| <input type="radio"/> Sonstige: | | |

Rauchen Sie? ja nein Anzahl pro Tag?

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombosen, Herzinfarkte oder Schlaganfälle aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied?

In welchem Alter aufgetreten?

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von körperlicher oder geistiger Behinderung, Fehlbildungen, oder Chromosomenanomalien?

Wenn ja, bei welchem Familienmitglied?

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Hausarzt | <input type="radio"/> Empfehlung von Freunden, Kollegen, Verwandten |
| <input type="radio"/> Zufällig | <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Sonstiges |

Datum, Unterschrift