



FRAUENÄrztinnen

www.gyn-bismarckstr.de

## Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Hausärztin/Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  Nichtraucher  Raucherin (wie viele Zig. täglich? \_\_\_\_)

Wie alt waren Sie in etwa bei Ihrer ersten Periode? \_\_\_\_\_ Jahre.

Wann war der **erste Tag** Ihrer letzten Periode (=erster Zyklustag)? \_\_\_\_\_

**Wenn diese schon Jahre zurück liegt:** Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Periode? \_\_\_\_\_ Jahre.

Zwischen beiden **ersten** Tagen zweier Perioden liegen etwa \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Tage (normal sind 28 Tage).

Wie lange dauert Ihre Blutung im Regelfall? Meistens \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Tage.

Anzahl der Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

In welchen/m Jahr/en haben Sie Ihr Kind/Ihre Kinder geboren **und** auf welche Weise?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie Abbrüche oder Fehlgeburten? Ggf. in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Ich/Wir verhüte/n zurzeit mittels \_\_\_\_\_  Ich/wir verhüte/n nicht.

Hatten Sie gynäkologische Operationen an Brust, Gebärmutter oder Eierstöcken?

-> Wenn ja, **was** und **wann**? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits sonstige Operationen (z.B. Blinddarmentfernung)?

-> Wenn ja, **was** und **wann**? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen chron. Erkrankungen bekannt (z.B. erhöhter Blutdruck o. Diabetes)?

-> Wenn ja, **welche**? \_\_\_\_\_

Sind Sie jemals schwer erkrankt (z.B. Herzinfarkt, Krebserkrankung, Schlaganfall)?

-> Wenn ja, an **was**? \_\_\_\_\_

Ich besitze einen Impfausweis

Ich besitze (noch) keinen Impfausweis

Wenn Sie einen Impfausweis haben, bringen Sie ihn bitte zum ersten Termin mit.

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung? Wenn ja, wissen Sie in welchem Jahr? \_\_\_\_\_

Meine letzte frauenärztliche Krebsvorsorgeuntersuchung war im Jahr: \_\_\_\_\_

Möchten Sie an die jährliche Krebsvorsorge in Zukunft erinnert werden?

nein

ja, per E-Mail

ja, per SMS

ja, per Brief

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_