



FRAUENÄrztinnen

www.gyn-bismarckstr.de

Anamnesebogen

Name: _____ Straße: _____

Ort: _____

Hausärztin/Hausarzt: _____

Beruf: _____

E-Mail-Adresse: _____

Handy-Nr.: _____ Telefonnummer: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Rauchen Sie? Ja Nein , wenn ja, 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? Abbrüche _____ 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 gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung war im Jahr: _____

Möchten Sie an die jährliche Krebsvorsorge in Zukunft erinnert werden?

nein

ja, per E-Mail

ja, per Brief

Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____