



Anamnesebogen - Fragebogen

Dieser Fragebogen dient zur Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihrer Ärztin, er soll es nicht ersetzen!

Wichtige Angaben zu Ihrer Person

Name:
Geburtsdatum:
Handy Nr.:
Telefon Nr. Privat:
E-Mail-Adresse:

Aktuell

Welcher Anlass oder welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?

Datum:
Anlass:
Ggf. seit wann haben Sie diese Beschwerden?
Wann war Ihr letzter Frauenarztbesuch und Krebsvorsorge:
Hausarzt / Hausärztin:
Bericht an Hausarzt? ja nein

Fragen zu Allergien/Medikation

Sind Ihnen Allergien und/oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

Bitte geben Sie hier die Medikamente an, die Sie dauerhaft einnehmen:

Fragen zum Zyklus, zur Verhütung, zu Schwangerschaften

Wann begann Ihre aktuell letzte Regelblutung?
In welchen Abständen kommen zurzeit Ihre Regelblutungen?
In welchem Alter bekamen Sie Ihre erste Regelblutung?
Ggf. wann Ihre letzte Regelblutung (Menopause/Wechseljahre)?
Sind Ihnen schon einmal Hormone verordnet worden? Wenn ja, wann/warum?

Falls Verhütung für Sie ein Thema ist/war -
welche Methode wenden Sie an/haben Sie angewendet?

Haben Sie Kinder geboren? Wann? Mädchen/Junge?

Wie ist/sind Ihre Schwangerschaft/en verlaufen?

Wie ist/sind die Geburt/en und das Wochenbett verlaufen?

Hatten Sie Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche? Wann?



Anamnesebogen - Fragebogen

Dieser Fragebogen dient zur Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihrer Ärztin, er soll es nicht ersetzen!

Fragen zu Erkrankungen/Operationen des Unterleibes

Hatten Sie Erkrankungen/Operationen an: Gebärmutter, Eierstöcken, Eileitern, Scheide, den äußeren Geschlechtsorganen? Wenn ja, welche/wann?

.....
.....

Fragen zu Erkrankungen/Operationen der Brust

Hatten Sie eine Erkrankung/Operation der Brust? Wenn ja, welche/wann?

.....
.....

Allgemeine Gesundheitsvorgeschichte

Welche **Kinderkrankheiten** hatten Sie (z.B. Windpocken, Röteln, Masern)?

.....
.....

Welche **Impfungen** sind bei Ihnen durchgeführt worden? (bitte unterstreichen)

Tetanus – Diphtherie – Polio – Masern – Mumps – Röteln – Windpocken Keuchhusten – Hepatitis B – HPV (Gebärmutterhalskrebs) – Covid – oder weitere:

.....
.....

Hatten Sie jemals eine **Thrombose/Embolie** oder ist eine Blutgerinnungsstörung bekannt? Wenn ja, wann?

.....
.....

Sind **andere** eigene **Erkrankungen** bekannt? (z.B. Migräne)

Wenn ja, welche/seit wann?

.....
.....

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, welche Operation und wann?

.....
.....

Fragen zu Ihrer Lebensführung

Was haben Sie an regelmäßiger **Bewegung**?

.....
.....

Größe:..... **Gewicht:**.....

Wie schätzen Sie Ihren persönlichen **Alkoholkonsum** ein?

selten regelmäßig problematisch

Sind Sie **Raucherin**? Nein / Ja, ich rauche etwa..... Zigaretten pro Tag.

Frage zur medizinischen Familiengeschichte

Welche Erkrankungen sind Ihnen bei wem bekannt, z.B. Zucker, Schlaganfall, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Krebserkrankungen, Thrombose, Embolie etc.?

.....
.....

Fragen zur sozialen Situation

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wie ist Ihr Familienstand?

.....
.....