



## Anamnesebogen

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Beruf (u.a. Hausfrau, Rentnerin, Schülerin, arbeitssuchend): \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_, Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Zigaretten: \_\_\_\_\_ /d

### **Gynäkologische Vorgeschichte**

Letzte Vorsorgeuntersuchung: \_\_\_\_\_, bei Gynäkologe/in \_\_\_\_\_

Letzte Mammographie (Jahr) \_\_\_\_\_

Alter bei der 1. Menstruation \_\_\_\_\_, Alter bei der letzten Menstruation/Menopause \_\_\_\_\_

Gebärmutterkrebs-/HPV-Impfung erfolgt: nein: ja:

Hormoneinnahme (auch Antibabypille): nein: ja: , wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Anzahl Schwangerschaften: \_\_\_\_\_,

Anzahl Spontangeburt/Saugglocke: \_\_\_\_\_, Jahr(en) \_\_\_\_\_,

Anzahl der Kaiserschnitte: \_\_\_\_\_, Jahr(en) \_\_\_\_\_,

Anzahl Fehlgeburten / Eileiterschwangerschaften: \_\_\_\_\_, Jahr(en) \_\_\_\_\_

### **Gynäkologische Erkrankungen**

(z.B. an Gebärmutter, Eierstöcke, Brust etc.):

\_\_\_\_\_, Jahr(en) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Jahr(en) \_\_\_\_\_

### **Gynäkologische Operationen**

(z.B. Gebärmutter- und/oder Eierstockentfernung, Brustoperationen etc.):

\_\_\_\_\_, Jahr(en) \_\_\_\_\_

*(Weiter auf der Rückseite)*



## Allgemeine Vorgeschichte

Allergien (u.a. gegen Medikamente): \_\_\_\_\_

## Erkrankungen

(z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz- oder Gefäßerkrankungen, Thrombose, Lungenembolie, Schilddrüsenfunktionsstörung, Krebserkrankungen, Depressionen etc.):

\_\_\_\_\_

## Operationen

(z.B. Blindarm- oder Gallenblasenentfernung, Darmoperationen, Gelenkersatz etc.)

\_\_\_\_\_

Koloskopie/Darmspiegelung: nein:      ja:      , im Jahr \_\_\_\_\_

## Medikamente

\_\_\_\_\_

**Krebserkrankung / Gerinnungsstörungen (Thrombosen) in der Familie?** (Welche Erkrankung und Verwandtschaftsgrad?)

\_\_\_\_\_

Soll eine vaginale Ultraschalluntersuchung (Zuzahlung 41,84 €) durchgeführt werden?

nein:      ja:

Soll eine Ultraschalluntersuchung der Brust (Zuzahlung ca.65 €) durchgeführt werden?

nein:      ja:

*(Wenn Sie zu den **Selbstzahlerleistungen** Fragen haben, sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt bitte vor der Untersuchung an!)*

Ich bin damit einverstanden, dass ich durch die Praxis per E-Mail über Befunde, Termine etc. informiert werde. Meine E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Datum / Unterschrift)