

Anamnese Fragenbogen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Alter

1. Was ist der Anlass dieses Arztbesuches? _____

2. Waren Sie früher schon einmal bei einer Frauenärztin/ Frauenarzt?

Ja Nein Wenn ja, wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung? _____

3. Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung? _____

Datum des **1. Tag der letzten Regelblutung:** _____

4. Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, gegen was? _____

5. Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wieviele Zigaretten täglich? _____

6. Sind Sie: Schülerin Studentin in Ausbildung berufstätig in Erziehungszeit ?

7. Sind Sie: Ledig verheiratet feste Partnerschaft verwitwet geschieden?

8. Nehmen sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

9. Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein

Falls ja: Angaben zu den Schwangerschaften

Wann	Geburtsgewicht	Frühgeburt/Übertragen? Probleme in Schwangerschaft/ bei der Geburt, normale oder operative Entbindung?

10. Besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch? Ja Nein

11. Waren sie schon einmal/ sind Sie ernsthaft krank? Ja Nein

- Bluthochdruck Ja Nein _____
- Herz-Kreislauerkrankungen Ja Nein _____
- Thrombose Ja Nein _____
- Nierenfunktionsstörung Ja Nein _____
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein _____
- Magen-Darmerkrankung Ja Nein _____
- Schlaganfall Ja Nein _____
- Migräne Ja Nein _____
- Leber-Gallenfunktionsstörung Ja Nein _____
- Sonstiges / Operationen Ja Nein _____

12. Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) vollständig geimpft?

Ja Nein

13. Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen?

Falls ja: Wer?

- Herzinfarkt Ja Nein _____
- Schlaganfall Ja Nein _____
- Thrombose Ja Nein _____
- Lungenembolie Ja Nein _____
- Zuckerkrankheit (Diabetes) Ja Nein _____
- Brustkrebs Ja Nein _____
- sonstiger Krebs Ja Nein _____
- sonstige Erkrankungen Ja Nein _____

14. Wir wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? _____

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!