

## Anamnese Fragenbogen

Name, Vorname		Geburtsdatum
Größe	Gewicht	Alter
Telefon-/Handynummer		E-Mail Adresse

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. Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) vollständig geimpft?

Ja  Nein

5. Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, gegen was? \_\_\_\_\_

6. Rauchen Sie?  Ja  Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

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

8. Nehmen sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

9. Waren Sie schon einmal schwanger?  Ja  Nein

Sind sie aktuell Schwanger?  Ja  Nein

Falls ja: Angaben zu den Schwangerschaften

Wann	Geburtsgewicht, Geschlecht	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. 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 \_\_\_\_\_

**13. Wir wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?** \_\_\_\_\_

**14. Haben Sie Interesse an einer Patientenbezogen App (z.B. Anfordern von Medikamenten, Nachrichten an die Praxis etc. (Sprechen Sie uns an!))**  Ja  Nein

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!**