



Sehr geehrte Patientin,

das sorgfältige Ausfüllen dieses Anamnesebogens, der selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, erleichtert unser anschließendes Gespräch. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig. Sollten Sie Probleme bei der Beantwortung der Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Vielen Dank!

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Anschrift</b>		<b>Beruf</b>
<b>Tel. Nr. (Festnetz)</b>	<b>Tel. Nr. (mobil)</b>	<b>E-Mailadresse</b>
<b>Familienstand</b>	<b>Hausarzt</b>	<b>Größe/Gewicht</b>

Letzte Periode: \_\_\_\_\_ In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periode? \_\_\_\_\_

Wie lange dauert Ihr Zyklus? \_\_\_\_\_ Wie lange dauert Ihre Periode? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Besuch beim Frauenarzt? \_\_\_\_\_

Wann wurde bei Ihnen die letzte Krebsvorsorge mit PAP/HPV Abstrich durchgeführt? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon mal eine Mammographie? Wenn ja, wann war die Letzte? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung? Wenn ja, wann war die Letzte? \_\_\_\_\_

Welche Art der Verhütung benutzen Sie?  Keine

Pille  Verhütungsring  Spirale (Hormon/Kupfer)  Kondom

Implanon  Sterilisation (eigene/Partner)  Temperaturmessung  3-Monats-Spritze

Haben Sie Kinder?

Jahr	Geburtsmodus (natürlich, Kaiserschnitt, ...)	Gestillt

Hatten Sie eine Fehlgeburt?  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch?  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_



Wurden Sie schon einmal operiert?  Nein  Ja → Falls ja: Wann und was?

---

---

---

Sind Sie geimpft?  Röteln  Hepatitis  HPV  \_\_\_\_\_

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?  Masern  Mumps  Röteln  Windpocken

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?  Nein  Ja

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

---

Eigene Erkrankungen?  Ich habe keine  Ja → Falls ja: Bitte nennen Sie auch nicht gynäkologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

---

---

Familienanamnese der nahen Blutsverwandtschaft (Krebs, Gerinnungsstörungen, Autoimmun-Erbkrankheiten, Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, genetische Störungen, etc.)

---

---

Konsum von:

	Früher	Gelegentlich	Regelmäßig
<b>Nikotin</b>			
<b>Alkohol</b>			
<b>Drogen</b>			

Anlass des Besuches: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass ich Auskunft per Telefon, E-Mail, Fax erhalten darf.

---

Datum, Unterschrift