

# Anamnesebogen



## Personalien:

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	

Beruf	
Familienstand	

## Schwangerschaften

Anzahl Schwangerschaften	
Anzahl Geburten (Jahreszahl)	
Geburtsmodus (Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange, Spontan)	
Komplikationen während Schwangerschaft/Geburt?	
Gestillt? (ggf Stilldauer)	
Kinderwunsch seit über einem Jahr?	

## Verhütung

Pille (Name) (seit wann?)	
Spirale (Kupfer, Gold, Hormon) (seit wann?)	
Andere Methode (was?, seit wann?)	
Keine (seit wann?)	

## Kinderkrankheiten/Impfungen:

An welchen Kinderkrankheiten sind Sie <u>sicher</u> erkrankt? besonders Röteln, Windpocken, Masern, Keuchhusten, Mumps	
Gegen welche Infektionskrankheiten wurden Sie geimpft? Was? Wann? (Impfpass vorhanden?)	

### **Blutungs-/Zyklusverhalten**

Menarche im Alter von	
Menstruieren Sie (noch/schon?) wenn nicht: seit wann nicht mehr (letzte Blutung)?	
Menstruation regelmäßig? - Zykluslänge (1. Tag der Blutung bis zum nächsten ersten Blutungstag) - Blutungsdauer	
Menstruationsbeschwerden? (Schmerzen, Zwischenblutung, ungewöhnlich starke Blutung etc)	
Nehmen Sie Hormone zur Zyklusregulierung oder wegen Wechseljahresbeschwerden ein? (Name? seit wann?)	

### **Allgemeine Anamnese**

Schilddrüsenerkrankung?	
Bluthochdruck?	
Herzinfarkt? Hirninfarkt? Schlaganfall?	
Thrombose oder Embolie?	
Bekannte genetische Thrombosegefahr?	
Andere bekannte genetische Erkrankungen?	
Sind Sie an Krebs erkrankt? Wenn ja, woran?	
Allergien/Unverträglichkeiten?	
Bekannte Organschäden? Niere, Herz, Leber, Gefäße etc	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	
Rauchen Sie?	
Konsumieren Sie andere Drogen?	
Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?	

### **Operationen**

Gynäkologische Bauchoperationen? (wann?, was?, Name Krankenhaus?)	
Abdere Bauchoperationen? (wann?, was? Name Krankenhaus?)	
Brustoperationen? (wann?, was? Name Krankenhaus?)	
Narkosezwischenfall?	
Probleme nach der Operation?	

(was?, wie behandelt? Ergebnis?)	
----------------------------------	--

**Erkrankungen in der Familie (Geschwister, Eltern, Kinder)**

Brustkrebs (wer? in welchem Alter erkrankt?)	
Eierstockkrebs (wer? In welchem Alter erkrankt?)	
Andere Krebserkrankungen? (was?, wer?)	
Thrombose/Embolie (wer?)	
Herzinfarkt? Hirninfarkt? (wer?)	
Unklare Todesfälle? (wer?)	

**Allgemeine Fragen**

Letzte Krebsfrüherkennungs- untersuchung? Wann? Wo? Kontrollbedürftige Befunde? Was?	
Letzte Mammographie? Wann?, wo? Mammographiegrund (Screening? Tastbefund? Wahlleistung? Anderer Grund), kontrollbedürftiger Befund?	
Letzte Mammasonographie Wann?, wo? Sonographiegrund (Tastbefund? Wahlleistung?Anderer Grund), kontrollbedürftiger Befund?	
Grund für den Wechsel des Frauenarztes?	

Was erwarten oder wünschen Sie sich von einer optimalen ärztlichen Versorgung und einer optimalen Praxisorganisation?

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift