

ANAMNESEBOGEN

1 von 2



FRAUENARZTPRAXIS BIEDERITZ
Karolina Thormann
Fachärztin für Frauenheilkunde & Geburtshilfe

Patient:

Name, Vorname

_____._____._____
Geb.-Datum

Ihre Telefonnummer

Ihr Hausarzt

_____._____._____.
Ihre Größe cm

_____._____._____.
Ihr Gewicht kg

Letzte Regelblutung

Letzte gyn. Untersuchung/Abstrich?

ERSTE Regelblutung im Leben, in welchem Alter? circa

Verhütung aktuell?

Hormontherapie aktuell?

Haben Sie eine HPV-Impfung bekommen? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Kinder geboren? ☐ ja ☐ nein Wie viele? ____

Wann? _____._____._____._____

Besonderheiten

Hatten Sie eine Fehlgeburt? Abbruch? Eileiterschwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Unterstreichen Sie betreffendes

Erkrankungen oder Operationen der Gebärmutter/Eierstöcke/Eileiter? ☐ ja ☐ nein

Unterstreichen Sie betreffendes

Erkrankung oder Operationen der Brust? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie schon eine Mammografie? Und wann? ☐ ja ☐ nein _____._____._____

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung? Und wann? ☐ ja ☐ nein _____._____._____

Chronische Erkrankungen

(z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Migräne mit Aura, Übergewicht/Adipositas, Depression, Epilepsie, Blutgerinnungsstörung/Thrombophilie, Osteoporose, andere?)



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

Hatten Sie Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung? ☐ ja ☐ nein
Unterstreichen Sie betreffendes

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein Wie viel pro Tag? ____

Alkoholkonsum? ☐ ja ☐ nein Drogenkonsum? ☐ ja ☐ nein _____

Allergien? ☐ ja ☐ nein _____

Hatten Sie schon Operationen?

(z.B. Blinddarm, Gallenblase, Schilddrüse, Mandeln, Kaiserschnitt andere?)

Familienanamnese

Sind bei Ihnen **in der Familie** folgende Erkrankungen bekannt? Bei wem? In welchem Alter?

Gerinnungsstörungen, Thrombophilie ☐ ja ☐ nein Wer? _____ im Alter von ____

Thrombose ☐ ja ☐ nein Wer? _____ im Alter von ____

Lungenembolie ☐ ja ☐ nein Wer? _____ im Alter von ____

Brustkrebs ☐ ja ☐ nein Wer? _____ im Alter von ____

Eierstockkrebs ☐ ja ☐ nein Wer? _____ im Alter von ____

Darmkrebs ☐ ja ☐ nein Wer? _____ im Alter von ____

Andere Krebsarten ☐ ja ☐ nein Wer? _____ im Alter von ____

Diabetes / Zuckerkrankheit ☐ ja ☐ nein Wer? _____ im Alter von ____

Andere Erkrankungen ☐ ja ☐ nein Wer? _____ im Alter von ____

Wer? _____ im Alter von ____

Bei Veränderungen der o.g. Informationen, bitte dem Praxispersonal mitteilen, danke!

Datum ____.

Unterschrift _____