

# Anamnese Fragebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals kontrollbedürftige Befunde?  Ja  Nein

Für etwaige Anforderungen von Vorbefunden:

Wo waren Sie zuletzt in frauenärztlicher Betreuung? \_\_\_\_\_

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 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/sind Sie ernsthaft krank?  Ja  Nein

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Herz-Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Migräne	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Leber-Gallenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____

10. Waren Sie schon einmal schwanger?  Ja  Nein

FALLS JA: Angaben zu den Schwangerschaften

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

11. Wurden Sie schon einmal operiert?  Ja  Nein

Wenn ja, was, wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Ja  Nein

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

FALLS ja: Wer?

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
sonstiger Krebs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____

14. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE!**