



Anamnese-Fragebogen

Seite 1

Name, Vorname

Datum

Größe

Gewicht

Alter

1. Was ist der Anlass dieses Arztbesuches?

2. Waren Sie schon einmal bei einer Frauenärztin/ Frauenarzt? NEIN JA

Wenn JA: Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung?

Hatten Sie jemals kontrollbedürftige Befunde? NEIN JA

Für etwaige Anforderung von Vorbefunden: Wo waren Sie zuletzt in frauenärztlicher Betreuung?

3. Mit wieviel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung? Datum des 1. Tages der letzten Regelblutung.

4. Haben Sie Allergien? NEIN JA Wenn JA, gegen was?

5. Rauchen Sie? NEIN JA Wieviele Zigaretten täglich?

6. Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) vollständig geimpft? JA NEIN

7. Welchen Beruf üben Sie aus: (auch Schule, Studium, Rente usw.)

8. Sind Sie: ledig verheiratet feste Partnerschaft verwitwet geschieden?

9. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? NEIN JA Wenn JA, welche?

10. Waren Sie schon einmal schwanger? JA NEIN

Falls JA – Angaben zu den Schwangerschaften:

Wann haben Sie
entbunden?

Geburtsgewicht
des Kindes

Frühgeburt/Übertragen?
Probleme in Schwangerschaft/bei der Geburt?
Normale oder operative Entbindung?

11. Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen?

NEIN JA

Bluthochdruck	NEIN	JA
Herz-/Kreislaufkrankung	NEIN	JA
Diabetes mellitus	NEIN	JA
Thrombose	NEIN	JA
Nierenfunktionsstörung	NEIN	JA
Schilddrüsenerkrankung	NEIN	JA
Magen-/Darmerkrankung	NEIN	JA
Schlaganfall	NEIN	JA
Migräne	NEIN	JA
Leber-/Gallenfunktionsstörung	NEIN	JA
Sonstige Erkrankung(en)	NEIN	JA

12. Wurden Sie schon einmal operiert?

NEIN JA

WENN JA, wann und woran?

13. Gibt es in Ihrer Familie eine der folgende Erkrankungen?

Falls JA: Wer in der Familie ist erkrankt?

Herzinfarkt?	NEIN	JA
Schlaganfall?	NEIN	JA
Thrombose?	NEIN	JA
Lungenembolie?	NEIN	JA
Zuckerkrankheit?	NEIN	JA
Brustkrebs?	NEIN	JA
Sonstiger Krebs?	NEIN	JA
Sonstige Erkrankung(en)?	NEIN	JA

14. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!