



## Anamnese-Fragebogen

Nachname, 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!*