
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 sicher 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?)

Andere 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?) _____

Anderere Krebserkrankungen? (Was?, Wer?) _____

Thrombose/Embolie (Wer?) _____

Herzinfarkt? Hirninfarkt? (Wer?) _____

Unklare Todesfälle? (Wer?) _____

ALLGEMEINE FRAGEN

Letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung? 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