

**Anamnesebogen**

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten.  
Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

**zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**telefonisch erreichbar:** privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt (Name, Ort):** \_\_\_\_\_

**Regelblutung:** erste Regel (Periode) mit \_\_\_\_\_ Jahren  
keine Regel (Periode) mehr seit \_\_\_\_\_ Jahren

Ist (oder war) die Periode regelmäßig? ja, alle \_\_\_\_\_ Tage  
nein, \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann erfolgte die letzte **Impfung**?

Hepatitis A  \_\_\_\_\_ Hepatitis B  \_\_\_\_\_

Tetanus  \_\_\_\_\_ Diphtherie  \_\_\_\_\_

Polio  \_\_\_\_\_ Tuberkulose  \_\_\_\_\_

HPV  \_\_\_\_\_ Keuchhusten  \_\_\_\_\_

Masern, Mumps, Röteln (MMR)  \_\_\_\_\_

Sonstige (Grippe, Influenza)  \_\_\_\_\_

Wann war die **letzte gyn. Untersuchung?** \_\_\_\_\_

Wann war die **letzte Krebsvorsorge?** \_\_\_\_\_

Wann war die **letzte Mammographie/Sonographie?** \_\_\_\_\_

Haben Sie **derzeit Beschwerden?**

nein

ja, welche: \_\_\_\_\_

**Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:**

Methoden: Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondom etc.

Methode	von	bis

**eigene Erkrankungen:**

Erkrankung (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung)

**ernsthafte Erkrankungen in der Familie:**

Verwandtschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten)

**allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm):**

Datum	Art des Eingriffs

**gynäkologische Operationen:**

Datum	Art des Eingriffs

**Geburten:**

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

**Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche / Eileiterschwangerschaften:**

Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter- Schwangerschaft/Seite (rechts, links angeben)

Besteht bei Ihnen **derzeit Kinderwunsch**?

- ja, seit \_\_\_\_\_
- nein

Besteht derzeit eine **Schwangerschaft**, oder vermuten Sie schwanger zu sein?

- ja
- nein

Wenn ja: Wann war der 1. Tag der letzten Periode?

**Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:**

Medikament	Dosis	seit

**Allergische Reaktion auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):**

nein

ja, auf:


**Konsum von:**

(ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

**Sonstiges:**

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.  
Ihr Praxisteam