

Anamnese-Fragebogen Seite I

Name, Vorname

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

Hausarzt / Ort

1. Was ist der Anlass dieses Arzttermins?**2. Waren Sie schon einmal bei einer Frauenärztin/Frauenarzt?** ja nein nicht bekannt

Wenn ja: Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung: _____

Hatten Sie jemals kontrollbedürftige Befunde? ja nein nicht bekannt

Bei etwaiger Anforderung von Vorbefunden: Wo waren Sie zuletzt in frauenärztlicher Behandlung?

3. Mit wieviel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung? Datum der letzten Regelblutung**4. Haben Sie Allergien?** Wenn ja, gegen was ja nein nicht bekannt**5. Rauchen Sie?** Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich ja nein**6. Welchen Beruf üben Sie aus?**

auch Schule, Studium Rente usw.

7. Sind Sie: ledig verheiratet feste Partnerschaft verwitwet**8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** ja nein

Wenn ja, Name des/der Medikamente/s und gegen was _____

9. Waren Sie schon einmal schwanger? ja, dann bitte Angaben dazu: nein**Probleme in Schwangerschaft / Abort?**

bei der Geburt? / normale oder operative Entbindung?

Frühgeburt / Übertragen?

Wann haben Sie entbunden?

Geburtsgewicht des Kindes

Anamnese-Fragebogen Seite 2**11. Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen?**

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Herz-/Kreislauferkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Zuckererkrankung/Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Gerinnungsstörung/Thrombose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Migräne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Leber-/Gallenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____

12. Wurden Sie schon einmal operiert?

Wenn ja, wann?

 ja nein nicht bekannt

und woran?

13. Impfstatus

HPV	<input type="checkbox"/> ja, wann _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Röteln	<input type="checkbox"/> ja, wann _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Varizellen	<input type="checkbox"/> ja, wann _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt

14. Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen?

Falls Ja, wer in der Familie ist/war erkrankt?

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Lungenembolie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Zuckererkrankung/Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Gerinnungsstörung/Thrombose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Darmkrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____

15. Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bergheim, den

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!