

**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?**☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Wenn ja, gegen was

**5. Rauchen Sie?**☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich

**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: ☐ neinWann haben Sie  
entbunden?Geburtsgewicht  
des Kindes**Probleme in Schwangerschaft / Abort?**  
bei der Geburt? / normale oder operative Entbindung?  
Frühgeburt / Übertragen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	_____
Herz-/Kreislaufkrankung	<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?** ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Wenn ja, wann? und woran?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**13. Impfstatus**

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

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
<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!