



## Anamnesebogen

Liebe Patientin,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Sie helfen uns mit dem möglichst vollständigen Ausfüllen dieses Bogens, einen Überblick über Ihre Vorgeschichte zu erhalten und unsere Behandlung besser auf Sie abzustimmen.

Wie sind Sie erreichbar? Privat: ..... Handy:.....

Email-Adresse: .....

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: .....

Ihre Körpergröße: ..... cm Ihr Körpergewicht: ..... kg

### Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft? Wenn ja, wann erfolgte die letzte Impfung?

Hepatitis A / B  nein  ja, wann .....

Tetanus /Diphtherie/ Keuchhusten  nein  ja, wann .....

Polio  nein  ja, wann ..... HPV:  nein  ja, wann.....

Covid 19  nein  ja, wann .....

Masern, Mumps, Röteln  nein  ja, wann .....

Sonstige Impfungen  nein  ja, welche .....

Wann hatten Sie Ihre erste Periode? Im Alter von ..... Jahren Letzte Periode .....

Ist ihre Periode regelmäßig?  nein  ja, alle ..... Tage

Haben Sie Schmerzen bei der Periode?  nein  ja, wie stark? .....

Wann war Ihre letzte gyn. Untersuchung / Krebsvorsorge? .....

Hatten Sie schon einmal eine Mammographie/ Mammasono?  nein  ja, wann .....

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung (Koloskopie)?  nein  ja, wann .....

Haben Sie derzeit Beschwerden?  nein  ja, welche .....

Verhüten Sie aktuell?  nein  ja, mit folgendem Verhütungsmittel .....

Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Migräne, Kopfschmerzen)?

nein  ja, welche .....

.....

Hatten Sie bereits Operationen?  nein  ja, folgende

Datum	Art der Operation

Gibt es in Ihrer Familie ernsthafte Erkrankungen? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Person	Erkrankung (Thrombose, Embolie, Diabetes, Hypertonie, Krebs)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja in welcher Dosis

Medikamente	Dosis	seit

Sind bei Ihnen Allergien bekannt z.B. Medikamente, Lebensmittel, Hausstaub/Pollen?

nein  ja, gegen Folgendes .....

Wie sieht Ihre Ernährung aus? .....

Leiden Sie unter Schlafstörungen?  nein  ja, seit wann .....

Treiben Sie regelmäßig Sport?  nein  ja, welchen .....

Rauchen Sie?  nein  ja, ..... Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche? .....

Hatten Sie bereits Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbrüche/ Eileiterschwangerschaften?

Datum	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft

Haben Sie bereits Kinder geboren?

Datum	Geburtsart	Geburtsgewicht	Komplikationen

Besteht bei Ihnen aktuell Kinderwunsch?  nein  ja, seit .....

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  nein  ja, in der ..... SSW

Sonstiges: .....

.....