

# ANAMNESEBOGEN

Pat.-ID ..... Datum .....

Sehr geehrte Frau

Name ..... Vorname .....

die Kenntnis früherer Erkrankungen, etwaiger Allergien, Informationen zu früheren Schwangerschaften etc. kann auch für Ihre jetzige Behandlung von Bedeutung sein.

Bitte beantworten Sie nachfolgende Angaben möglichst vollständig. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Geburtsdatum: ..... Familienstatus:  ledig  verheiratet  
 alleinstehend  Partner

Telefonnummer: .....

Mobilnummer: ..... Gewicht: ..... Größe: ..... BMI: .....

email: ..... Beruf: .....

Hausarzt: ..... empfohlen von: .....  ÜW  Internet  Sonstiges

Nennen Sie bitte den Grund Ihres heutigen Besuches:  aktuelle Beschwerden  
 Vorsorge  Kinderwunsch  Schwangerschaft  
 OP-Planung  Untersuchung nach OP  Sonstiges

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? .....

Rauchen Sie?  ja  nein Zig./Tag .....  Marihuana Wieviel? .....

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein Was/Wieviel? .....

Nehmen Sie andere Drogen  ja  nein Welche? .....  ab und zu  regelmäßig

Haben Sie häusliche u./o. sexueller Gewalt erlitten?  ja  nein

## REGEL-ANAMNESE

Alter bei der ersten Regelblutung: ..... Letzte Regel (Datum erster Tag): .....

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?  ja, alle ..... Tage Dauer der Blutung ..... Tage

Wie ist die Intensität der Blutung?  schwach  mittel  stark

Haben Sie unregelmäßige Blutungen?  Zwischenblutung  Dauerblutung  Sonstige

Treten Schmerzen in Abhängigkeit von der Regel auf?  ja  nein Wenn ja:  vor  während  nach  
 in der Mitte des Zyklus

Wo sind diese Schmerzen:  rechter Unterbauch  Oberbauch  Druck auf den Darm  
 linker Unterbauch  ins Kreuz ausstrahlend  beim Stuhlgang  
 beidseits  diffus  beim Wasserlassen

## EMPFÄNGNISVERHÜTUNG

Mit welcher Methode verhüten Sie derzeit?  natürlichen Familienplanung  Pille  Kondom  Mirena Spirale  Kupferspirale  
 3-Monatsspritze  Hormonpflaster  Nuvaring  Implanon

Frühere Verhütungsmethoden  natürlichen Familienplanung  Pille  Kondom  Mirena Spirale  Kupferspirale  
 3-Monatsspritze  Hormonpflaster  Nuvaring  Implanon

Wünschen Sie eine Verhütungsberatung?  ja  nein (Wenn ja, bitte speziellen Anamnesebogen zur Verhütungsberatung herunterladen und ausfüllen!)

## GEBURTSHILFLICHE ANAMNESE

Haben Sie Kinder geboren?  ja  nein In welchem Jahr? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

spontan  Sektio/Kaiserschnitt  Vakuum  Zange

Hatten Sie Fehlgeburten?  ja  nein In welchem Jahr? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche?  ja  nein In welchem Jahr? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Gab es Besonderheiten im Verlauf Ihrer Schwangerschaft(en)?

Frühgeburten  ja  nein Bei welcher Schwangerschaft? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Vorzeitige Wehen  ja  nein Bei welcher Schwangerschaft? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Diabetes  ja  nein Bei welcher Schwangerschaft? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Blutungen  ja  nein Bei welcher Schwangerschaft? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Bluthochdruck  ja  nein Bei welcher Schwangerschaft? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Wochenbettverlauf  ja  nein Bei welcher Schwangerschaft? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

Sonstiges? .....

Haben Sie gestillt?  ja  nein Wenn ja, wie lange? 

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

## GYNAKOLOGISCHE ANAMNESE

Haben Sie Blutungsstörungen?  ja  nein (siehe Regel-Anamnese)

Hatten Sie Eierstockentzündung(en)?  ja  nein In welchem Jahr? 

1.	2.	3.
----	----	----

Leiden Sie unter chronischen Unterbauchschmerzen? Wenn ja, seit wann? .....

Sind diese Beschwerden regelabhängig?  vor der Regel  während der Regel  Mittelschmerz

Wurde bei Ihnen eine Endometriose diagnostiziert?  ja  nein Wenn ja, wann? .....

Ist bei Ihnen eine Gebärmuttervergrößerung bekannt?  ja  nein Wenn ja, seit wann? .....

Können Sie Urin gut halten?  ja  nein Können Sie Stuhl/Winde gut halten?  ja  nein

## OPERATIONEN IM BAUCHRAUM (Bauchspiegelung(en)=LSK oder Bauchschnitt?):

Blinddarmentfernung?  ja  nein In welchem Jahr? .....  LSK  Schnitt

Gallenblasenentfernung?  ja  nein In welchem Jahr? .....  LSK  Schnitt

Lösung von Verwachsungen?  ja  nein In welchem Jahr? .....  LSK  Schnitt

Gynäkologiosche Operationen:  ja  nein In welchem Jahr? .....  LSK  Schnitt

Sonstige Operationen:  ja  nein Welche? .....

In welchem Jahr? .....  LSK  Schnitt

## BRUSTERKRANKUNG

Hatten Sie eine Brusterkkrankung?  ja  nein In welchem Jahr? ..... Diagnose: .....

Hatten Sie eine Brustoperation?  ja  nein In welchem Jahr? ..... Diagnose: .....

Gibt es Brustkrebserkrankungen in Ihrer Familie?  ja  nein Wer?  Mutter  Tante  
 Großmutter  Schwester

In welchem Alter trat die Krankheit auf? Jahr?  Mutter .....  Tante .....  
 Großmutter .....  Schwester .....

Wurde bei Ihnen eine Brustultraschalluntersuchung durchgeführt?  ja  nein Welches Jahr? .....

Letzte Mammographie: In welchem Jahr? .....

## ALLGEMEINE ANAMNESE

Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Herz-Kreislaufkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Thrombose/Schlaganfall/ Gefäßverschluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Störung der Blutgerinnung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Lebererkrankungen (u.a. Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Magen-/Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes u.a.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Erkrankungen des Nervensystems? (Depression, Epilepsie, o.a.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Migräne mit Aura (Begleiterscheinungen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach	<input type="checkbox"/> stark
Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Erbliche Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche?	.....
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Datum:	.....

## MEDIKAMENTEN-ANAMNESE

Nehmen Sie regelmäßig Hormone?  ja  nein Welche? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Name des Medikaments	Dosierung

## IMPF-ANAMNESE

Sind Sie geimpft gegen:

Tetanus  
  Diphtherie  
  Polio  
  Windpocken/Varizellen  
  Hep. A  
  Hep B  
 andere? .....  
  Mumps  
  Masern  
  Röteln  
  Grippe

HPV-Impfung  
 Cervarix (16,18)  
 Gardasil (6,11,16,18)  
 Gardasil9 (6,11,16,18,31,38,45,52,58)

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis bei Ihrem Praxisbesuch mit.

Möchten Sie an künftig anstehende gynäkologische Untersuchungen erinnert werden?      gewünscht per:       email    sms    Tel

Datenschutzerklärung: Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Stammdaten und sonstige notwendige medizinische Informationen an das Labor, mit dem die Frauenärzt\*Innen des 'mig Zentrum Berlins' zusammenarbeiten, weitergegeben werden dürfen.       ja    nein

..... Datum      Unterschrift