



ANAMNESE-BOGEN

ALLGEMEINE ANGABEN

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>	Mobil	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Derzeitige Tätigkeit	<input type="text"/>		
Aktueller Hausarzt	<input type="text"/>		
Vorheriger Frauenarzt/Ärztin (Adresse)	<input type="text"/>		

MEDIZINISCHE DATEN:

Aktuelle Größe (cm)	<input type="text"/>	Gewicht (kg)	<input type="text"/>	Letzte Regelblutung	<input type="text"/>
---------------------	----------------------	--------------	----------------------	---------------------	----------------------

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

Menarche (Alter der 1. Regelblutung)	<input type="text"/>
Menopause (Alter bei letzter Blutung vor den Wechseljahren)	<input type="text"/>

Geburten	Anzahl	<input type="text"/>			
Wann	<input type="text"/>	Art (Spontan, Kaiserschnitt)	<input type="text"/>	Komplikationen	<input type="text"/>
Wann	<input type="text"/>	Art (Spontan, Kaiserschnitt)	<input type="text"/>	Komplikationen	<input type="text"/>
Wann	<input type="text"/>	Art (Spontan, Kaiserschnitt)	<input type="text"/>	Komplikationen	<input type="text"/>
Wann	<input type="text"/>	Art (Spontan, Kaiserschnitt)	<input type="text"/>	Komplikationen	<input type="text"/>
Fehlgeburten	Anzahl	<input type="text"/>			
Wann	<input type="text"/>	in SSW	<input type="text"/>	War eine Abrasio (Ausschabung) nötig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann	<input type="text"/>	in SSW	<input type="text"/>	War eine Abrasio (Ausschabung) nötig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann	<input type="text"/>	in SSW	<input type="text"/>	War eine Abrasio (Ausschabung) nötig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Schwangerschaftsbeendigungen	Anzahl	<input type="text"/>	wann	<input type="text"/>
Impfung gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs)	Anzahl	<input type="text"/>	wann	<input type="text"/>
Art der Verhütung	<input type="text"/>	seit wann	<input type="text"/>	
Letzte Mammographie	<input type="text"/>			
Letzte Darmspiegelung	<input type="text"/>			
Letzter Krebsvorsorgeabstrich	<input type="text"/>			
Letzter gynäkologischer Ultraschall	<input type="text"/>			





KRANKENGESCHICHTE (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Thrombosen/Embolien |

Medikamenten-Unverträglichkeiten wenn ja, welche

Allergien wenn ja, welche

Allgemeine Operationen/Narkosen welche und wann

Nikotin/Alkohol/andere Drogen wenn ja, welche

wie häufig

FAMILIENANAMNESE (Betroffene Person und deren Alter bei Erkrankung)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Unterleibskrebs | <input type="checkbox"/> Darmkrebs |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> Chromosomenstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörung | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | Sonstige <input type="text"/> | |

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert? Nein Ja

Art des Eingriffes <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>
Art des Eingriffes <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>
Art des Eingriffes <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Welche seit wann Dosierung	<input type="text"/>
Welche seit wann Dosierung	<input type="text"/>
Welche seit wann Dosierung	<input type="text"/>

Sofern vorhanden, bringen Sie Ihre bitte Ihren Medikationsplan (BMP) mit.

Nehmen Sie Hormone ein? Nein Ja

Welche | seit wann | Dosierung

Rauchen Sie? Nein Ja

Sind Sie momentan schwanger? Nein Ja

Leiden Sie an Schwangerschaftsbeschwerden? Nein Ja

welche





Hatten Sie in der Vergangenheit eine Darmspiegelung? Nein Ja
wann Ergebnis

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Mammographie? Nein Ja
wann Ergebnis

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin folgendes mit:

- ✓ Krankenversicherungskarte
- ✓ Regelkalender
- ✓ Impfausweis
- ✓ Medikamentenplan
- ✓ Mutterpass (wenn vorhanden)
- ✓ Handtuch
- ✓ ausgefüllter Anamnesebogen

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

