

# ANAMNESEBOGEN

Pat. Nr:

Sehr geehrte Patientin,

da wir Sie noch nicht kennen oder Ihre Anamnese sich vielleicht geändert hat, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit Informationen über relevante Vorerkrankungen oder medizinische Risiken zu erhalten und zu berücksichtigen. So können wir eine optimale Versorgung in unserer Praxis ermöglichen. Bitte fragen Sie nach, falls Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens brauchen.

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

Adresse .....

geboren am ..... Größe.....(cm) Gewicht.....(kg)

Beruf .....

Telefon privat ..... mobil .....

E-Mail .....

Hausarzt .....

Versicherungsstatus  gesetzlich  privat  Selbstzahler

Anlass des Besuches  Vorsorge  Verhütung  Gespräch  Beschwerden  
 Wechseljahre  Schwangerschaft  Kinderwunsch  Zweitmeinung  
 andere: .....

Wann war der letzte Besuch beim Frauenarzt? Name ggf. Anschrift des Kollegen:  
.....

Wann wurde bei Ihnen die letzte (Krebs-)Vorsorge mit PAP-Abstrich durchgeführt?  
.....

Wurde seit dem 1.1.2020 bereits ein Co-Test mit HPV  
(= humanes Papilloma Virus) bei Ihnen durchgeführt?  ja  nein  weiß ich nicht

Haben Sie bereits eine Impfung gegen HPV erhalten? (Cervarix oder Gardasil 4/9)  ja  nein

Wann war der erste Tag der letzten Periode? .....  regelmäßig  unregelmäßig  
 (sehr) schmerzhaft  stark

Welche Art der Verhütung benutzen Sie?  nicht (mehr) nötig  Kondom / Diaphragma

Pille (welche) .....  Sterilisation  Sterilisation beim Partner

Spirale (Welche? Wann eingesetzt?) .....

Implanon-Verhütungsstäbchen .....  andere Verhütungsmethode .....

# ANAMNESEBOGEN

Pat. Nr:

Nehmen Sie Hormonpräparate ein?  Ja  Nein

Falls ja, welche? (auch lokal) .....

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein? keine z.B. Blutdruck, Herz, Schilddrüse, Psychopharmaka, Vitamine, Blutverdünner oder andere

.....  
.....  
.....

Hatten Sie schon einmal eine Mammografie (= Röntgen der Brust)?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und wo? .....

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und warum? .....

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

.....

Rauchen Sie?  Ja (wenn ja, wie viel Zigaretten täglich?) .....  Nein

Trinken Sie Alkohol?  Ja, regelmäßig  Ja, gelegentlich  Nein, nie

Nehmen Sie Drogen?  Ja (wenn ja, welche und wieviel?) .....  Nein

Falls bekannt Blutgruppe (bitte Ausweis zum Termin vorlegen).....

Eigene Erkrankungen ( auch nicht-gynäkologische Erkrankungen z.B. Unterleib, Geschlechterkrankungen, Blutdruck, Diabetes, Migräne, Schilddrüse, Herz, Krebs, Gerinnungsstörungen/ Thrombose/ Embolie, Epilepsie, Depressionen, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Nieren, Infektionen z.B. Hepatitis, HIV, Schlaganfall oder andere)

.....  
.....  
.....

Wurden Sie schon einmal operiert?  Ja  Nein

Falls ja, wann/ was/ ggf. welches Krankenhaus? (z.B. Blinddarm, Leistenbruch, Galle, Schilddrüse, Brust, Magen/Darm, Genitalbereich, kosmetische Operationen)

.....  
.....  
.....

# ANAMNESEBOGEN

Pat. Nr:

Waren Sie schon einmal schwanger?

Ja  Nein

Falls ja, bitte angeben:  Fehlgeburt  Schwangerschaftsabbrüche  Eileiterschwangerschaft

Geburten:

Jahr	Geschlecht	Geburtsart	Komplikationen	Krankenhaus
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Familienanamnese der nahen Blutsverwandschaft: (Eltern, Geschwister, Großeltern – z.B. Krebs, Gerinnungsstörung/Thrombose/Embolie, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Herzinfarkt/ Schlaganfall, Diabetes)

.....  
.....  
.....

Sonstiges bzw. Anliegen:

.....  
.....

Bitte bringen Sie wichtige Befunde (z.B. Krankenhausbrief, Vorbefunde) und gegebenenfalls Ihren Impfpass oder alten Mutterpass mit.

---

## RECALL

Einverständniserklärung des Patienten zur Erinnerung an

- Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden

auf folgendem Weg

- Brief  E-Mail  Telefon  SMS

Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erinnern kann. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Datum: .....

Unterschrift:.....