

Anamnesebogen (deutsch)



Nachname:	Geburtsname:	Patientenetikett
Vorname:	Geb.Datum:	
Adresse:		Praxisstempel
Tel:	E-Mail:	
Beruf:	Staatsangehörigkeit:	
Frauenärztin/arzt:		
Größe: cm	Gewicht: kg	
Erste Regelblutung:	Letzte Periode:	Regelabstand & -dauer:
Schwangerschaften: (mit Fehlgeburten & Abbrüchen)	Geburten:	Besonderheiten bei Geburten:
Wechseljahre seit:	Letzte Mammographie:	
Letzte gynäkologische Untersuchung:	Letzter Krebsabstrich (Pap):	
Impfung gegen HPV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, falls ja: (Cervarix / Gardasil) Wann, wie oft:		
Gynäkologische Vorerkrankungen und Operationen:		
Nichtgynäkologische Erkrankungen: (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lebererkrankung, Durchblutungsstörungen, Nierenerkrankung, Krampfadern, Krebserkrankungen, ...)		
Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?		
Erkrankungen in der Familie: (u. a. Krebserkrankungen)		
Allergien: (Medikamente, Antibiotika, lokale Anästhesie, Jod, Latex, Soja)		
Zigaretten: Anzahl / Tag	Alkohol:	
Ansteckende Erkrankungen (Hepatitis, HIV, TBC):		
Verhütung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (z. B. Pille, Kondom, Spirale):	Besteht prinzipiell Kinderwunsch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermuten Sie eine Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hormonersatztherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
Ist eine Medikamentenunverträglichkeit bekannt?		
_____		_____
Ort, Datum		Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Dieses Dokument ist in digitaler Form in der Karteikarte der Patientin hinterlegt.