

Anamnesebogen Frauenarztpraxis

Liebe Patientin, Herzlich Willkommen!
Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von grosser Wichtigkeit.
Bitte beantworten Sie daher alle Fragen sorgfältig.

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

Geburtsdatum..... **E-mail.....**

Adresse.....

Telefon: privat.....beruflich.....mobil.....

Hausarzt.....

.....

Welche Therapie(n) wurde(n) gegen Ihre Beschwerden bereits durchgeführt?

.....

Leiden Sie zusätzlich noch unter anderen relevanten Beschwerden?

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periode?

Wie ist Ihr Zyklus?

Wann war Ihre letzte Periode?.....

Gab es Schwangerschaften, Geburten, Fehlgeburten, Abbrüche in Ihrem Leben?

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung und

Krebsvorsorgeuntersuchung?.....

Wurden Sie gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) geimpft?.....

Wann war der letzte Vaginal- und Brust-Ultraschall?.....

Wann war die letzte Mammographie?.....

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?.....

Hatten Sie auffällige Chlamydientests (ggf. wann)?.....

Aktuelle Medikamente (bitte genaue Angaben):

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

Rauchen Sie (ggf. wie viel)?.....

Bitte erfassen Sie bisherige relevanten Erkrankungen in zeitlicher Reihenfolge

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

Operationen? Wenn ja wann?

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

Allergien? Welche?

.....

Größe? Gewicht?.....

Erkrankungen der Familie: z.B. Thrombose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Embolie, Bluthochdruck, Diabetes, Krebserkrankung, Asthma, Allergien, psychiatrische Erkrankungen? ggf Todesursache (mit Altersangabe)

Eltern:.....

Geschwister:.....

Großeltern:.....

.....

Datum und Unterschrift

Wichtig:

**Bitte bringen Sie behandlungsrelevante Untersuchungsergebnisse
(Labor, Arztbriefe, fachärztliche Befunde) zum Termin mit.**