



Anamnesebogen Frauenklinik

Checkliste

Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt nach bestem Wissen zu beantworten. Dies soll das persönliche Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt selbstverständlich nicht ersetzen, sondern dient ausschließlich der Optimierung des Behandlungsablaufes.

Patientinnenaufkleber

Persönliche Daten

Name: _____	Aktuelle Größe: _____ cm
Vorname: _____	Aktuelles Gewicht: _____ kg
Geburtsdatum: _____ <small>Tag Monat Jahr</small>	Haben Sie noch regelmäßig Ihre Periodenblutung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja
Telefonnummer: _____	Letzte Blutung/Periode: _____ <small>(Tag) (Monat) (Jahr)</small>
Beruf: _____	Alter bei erster Blutung: _____ Jahre
Letzter Krebsabstrich: _____ <small>(Monat) (Jahr)</small>	Letzte Mammographie: _____ <small>(Monat) (Jahr)</small>
Rauchverhalten: aktuell: (Menge) <input type="checkbox"/> früher <input type="checkbox"/> nie	Alkohol: <input type="checkbox"/> wenig / nie <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> häufig

Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt? Wer soll einen Arztbrief erhalten?

Grund Ihres Arztbesuches:

Allergien (z. B. gegen Latex, Penicillin, Pflaster, Gräser, Pollen)



Anamnesebogen Frauenklinik

Checkliste

Wie oft sind Sie schwanger gewesen? _____ (Gesamtzahl Schwangerschaften bitte eintragen)

Wie viele Kinder haben Sie lebend geboren?: _____ (Kinder)
(weitere Kinder bitte im Anschluss dokumentieren)

Geburtsjahr	Geburtsmodus <small>(spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke oder Zangengeburt)</small>	Geschlecht <small>(Junge oder Mädchen)</small>	Gewicht	Besonderheiten
1. _____	_____	_____	_____ g	_____
2. _____	_____	_____	_____ g	_____
3. _____	_____	_____	_____ g	_____
4. _____	_____	_____	_____ g	_____

Fehlgeburten: _____ (Gesamtzahl bitte eintragen)
(weitere Fehlgeburten bitte im Anschluss dokumentieren)

Jahr	Schwangerschaftswoche	Besonderheiten
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Schwangerschaftsabbrüche: _____ (Gesamtzahl bitte eintragen)

Jahr	Schwangerschaftswoche	Besonderheiten
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

Operationen

(weitere Operationen bitte im Anschluss dokumentieren)

Zeitpunkt	Erkrankung	Welche Operation?	Komplikationen
1. _____ . _____ <small>(Monat) (Jahr)</small>	_____	_____	_____
2. _____ . _____ <small>(Monat) (Jahr)</small>	_____	_____	_____
3. _____ . _____ <small>(Monat) (Jahr)</small>	_____	_____	_____
4. _____ . _____ <small>(Monat) (Jahr)</small>	_____	_____	_____
5. _____ . _____ <small>(Monat) (Jahr)</small>	_____	_____	_____
6. _____ . _____ <small>(Monat) (Jahr)</small>	_____	_____	_____



Anamnesebogen Frauenklinik

Checkliste

Zyklusanamnese

Zyklusdauer: / Tage regelmäßig unregelmäßig
 (bitte Zyklusdauer/
 Blutungsdauer angeben)

Zwischenblutungen: nein ja

Blutungsstärke: stark mittel schwach / keine

Erkrankungen (z. B. Herz, Bluthochdruck, Lunge, Magen-Darm, Zucker, Schilddrüse, Niere, Krebs, Nervensystem)

Erkrankung	bekannt seit	Beschwerden?
1. _____	_____ . _____ (Monat) (Jahr)	_____
2. _____	_____ . _____ (Monat) (Jahr)	_____
3. _____	_____ . _____ (Monat) (Jahr)	_____
4. _____	_____ . _____ (Monat) (Jahr)	_____
5. _____	_____ . _____ (Monat) (Jahr)	_____
6. _____	_____ . _____ (Monat) (Jahr)	_____

Infektionskrankheiten

Ist bei Ihnen eine HIV-Infektion bekannt? nein Ja seit: _____ . _____
 (Monat) (Jahr)

Ist bei Ihnen eine Hepatitis-Infektion (Leberentzündung) bekannt? nein Ja, Hep. B Ja, Hep. C seit: _____ . _____
 (Monat) (Jahr)

Haben/hatten Sie eine Geschlechtskrankheit? nein Ja Welche? _____ seit: _____ . _____
 (Monat) (Jahr)

Haben Sie derzeit eine andere Infektionskrankheit? nein Ja Welche? _____ seit: _____ . _____
 (Monat) (Jahr)

Blut- und Lymphsystemerkrankungen

(Blutgerinnungsstörungen, Thrombosen etc.)

	Bekannt seit	Beschwerden / Therapie?
1. _____	_____ . _____ (Monat) (Jahr)	_____
2. _____	_____ . _____ (Monat) (Jahr)	_____



Anamnesebogen Frauenklinik

Checkliste

**Medikamenteneinnahme
(inkl. Hormone/Pille/Spirale)**

Präparatname	Dosierung	Wie oft pro Tag? (morgens - mittags - abends)	Seit wann?
1. _____	_____ - -	____ . ____ (Monat) (Jahr)
2. _____	_____ - -	____ . ____ (Monat) (Jahr)
3. _____	_____ - -	____ . ____ (Monat) (Jahr)
4. _____	_____ - -	____ . ____ (Monat) (Jahr)
5. _____	_____ - -	____ . ____ (Monat) (Jahr)
6. _____	_____ - -	____ . ____ (Monat) (Jahr)

**Sind in Ihrer Familie folgende
Erkrankungen bekannt?**

Wer ist erkrankt
(Vater, Mutter, Schwester, Bruder,
Kinder, Großeltern, Tanten, Onkel?)

**In welchem Alter
ist das jüngste
Familienmitglied
erkrankt?**

Thrombose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
Embolien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
Zucker	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
Unterleibskrebs _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
(bitte angeben welcher)			
Sonstiger Krebs _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
(bitte angeben welcher)			
Sonstige Erkrankung _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____ Jahre
(bitte angeben welche)			

Datum

Unterschrift Patientin