



Anamnesebogen

Liebe Patientin,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Sie helfen uns mit dem möglichst vollständigen Ausfüllen dieses Bogens, einen Überblick über Ihre Vorgeschichte zu erhalten und unsere Behandlung besser auf Sie abzustimmen.

Ihre Körpergröße: cm

Ihr Körpergewicht: kg

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft? Wenn ja, wann erfolgte die letzte Impfung?

Hepatitis A / B ☐ nein ☐ ja, wann

Tetanus /Diphterie/ Keuchhusten ☐ nein ☐ ja, wann

Polio ☐ nein ☐ ja, wann HPV: ☐ nein ☐ ja, wann.....

Covid 19 ☐ nein ☐ ja, wann

Masern, Mumps, Röteln ☐ nein ☐ ja, wann

Sonstige Impfungen ☐ nein ☐ ja, welche

Wann hatten Sie Ihre erste Periode? Im Alter von Jahren Letzte Periode

Ist ihre Periode regelmäßig? ☐ nein ☐ ja, alle Tage

Haben Sie Schmerzen bei der Periode? ☐ nein ☐ ja, wie stark?

Wann war Ihre letzte gyn. Untersuchung / Krebsvorsorge?

Hatten Sie schon einmal eine Mammographie/ Mammasono? ☐ nein ☐ ja, wann

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung (Koloskopie)? ☐ nein ☐ ja, wann

Haben Sie derzeit Beschwerden? ☐ nein ☐ ja, welche

Verhüten Sie aktuell? ☐ nein ☐ ja, mit folgendem Verhütungsmittel

Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Migräne, Kopfschmerzen)?

☐ nein ☐ ja, welche

Hatten Sie bereits Operationen? ☐ nein ☐ ja, folgende

Datum	Art der Operation

Gibt es in Ihrer Familie ernsthafte Erkrankungen? (Eltern, Großeltern, Geschwister)

Person	Erkrankung (Thrombose, Embolie, Diabetes, Hypertonie, Krebs)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja in welcher Dosis?

Medikamente	Dosis	seit

Sind bei Ihnen Allergien bekannt z.B. Medikamente, Lebensmittel, Hausstaub/Pollen?

☐ nein ☐ ja, gegen Folgendes

Wie sieht Ihre Ernährung aus?

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ☐ nein ☐ ja, seit wann

Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ nein ☐ ja, welchen

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche?

Datum	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft

Hatten Sie bereits Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbrüche/ Eileiterschwangerschaften?

Haben Sie bereits Kinder geboren?

Datum	Geburtsart	Geburtsgewicht	Komplikationen

Besteht bei Ihnen aktuell Kinderwunsch? ☐ nein ☐ ja, seit

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja, in der SSW

Sonstiges:.....
.....