

Anamnesebogen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Name _____ | <input type="checkbox"/> Adresse _____ |
| <input type="checkbox"/> Vorname _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> geb. _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Körpergröße _____ | <input type="checkbox"/> Tel. privat _____ |
| <input type="checkbox"/> Körpergewicht _____ | <input type="checkbox"/> Handy _____ |
| | <input type="checkbox"/> dienstl. _____ |
| <input type="checkbox"/> z.Zt. ausgeübte berufl. Tätigkeit _____ | |

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Lebensweise ...

- | | |
|--|---|
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wie viele am Tag? _____ |
| Treiben Sie Sport? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wie viele Std. / Woche? _____ |
| Haben Sie Unverträglichkeiten od. Allergien auf Medikamente? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Welche? _____ |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder pflanzliche Präparate ein? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Welche? _____ |
| Haben Sie Hautprobleme? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Ist verstärkte Körperbehaarung vorhanden? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Ist komplette Blutungsfreiheit gewünscht? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Neigen Sie dazu, Tabletten einnahmen zu vergessen? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Ist Ihr Tagesablauf unregelmäßig? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

Bitte machen Sie Angaben zu Impfungen ...

- Wann wurde Ihr Impfpass zum letzten Mal kontrolliert? _____
- Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? Nein Ja, wann? _____
- Sind Sie gegen MMR (Mumps, Masern, Röteln) geimpft? Nein Ja, wann? _____

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer Regelblutung ...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Datum der letzten Blutung _____ | <input type="checkbox"/> Dauer der Blutung _____ |
| <input type="checkbox"/> Abstände der Regel _____ | <input type="checkbox"/> Schmerzen bei Blutungen → ja / nein _____ |

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrank. | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Unterleibskrebs |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten welche? _____ | | |

Ihre letzte gynäkologische Untersuchung ...

- Datum _____ Gab es jemals Auffälligkeiten? Wenn Ja, welche? _____

Bitte wenden Sie das Blatt

Ihre letzte Mammographie ...

Datum _____

Welche Verhütungsmethode wenden Sie an?

keine Pille / Ring 3 Mo-Spritze
 andere → Welche? _____

Allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm, Galle ...)

| Datum | Art des Eingriffs |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Geburten

| Jahr | Komplikationen | Kaiserschnitt | Kind lebt / gesund |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Ja / Nein | <input type="checkbox"/> Ja / Nein |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Ja / Nein | <input type="checkbox"/> Ja / Nein |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Ja / Nein | <input type="checkbox"/> Ja / Nein |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Ja / Nein | <input type="checkbox"/> Ja / Nein |

Besteht derzeit eine Schwangerschaft oder vermuten Sie schwanger zu sein?

Ja Nein

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden ...

| Medikament | Dosis / Stärke | seit |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Konsum von ...

| Bitte kreuzen Sie an | früher | gelegentlich | regelmäßig |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Drogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges ...

Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Praxisteam

Dr. med. Astrid Jäschke