



Anamnesebogen Gynäkologie

Persönliche Angaben

| | | |
|---------------------------|------------|--------------|
| Nachname | Vorname | Geburtsname |
| Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Geburtsort | Krankenkasse |
| Straße, Hausnummer | PLZ | Ort |
| Telefonnummer | E-Mail | |

Angabe zu behandelnden Ärzten

| | | |
|---|--------------------|----------|
| Hausärztin/-arzt | Straße, Hausnummer | PLZ, Ort |
| Sollen wir Ihre Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren? Falls JA, bitte ausfüllen: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | |

Kontaktperson für Notfälle

| | |
|-------------------|--|
| Nachname, Vorname | |
| Telefonnummer | |



Anamnesebogen Gynäkologie

Medizinische Angaben

Gynäkologische/ geburtshilfliche Vorgeschichte

Letzte Periode (Datum/Jahr):

Periodenblutung in regelmäßigen Abständen: Ja Nein

Wenn ja, in welchen Abständen?

Dauer Ihrer Periodenblutung:Tage

Verhütung:

- Pille, welche?
- Kondome
- Spirale, welche?
- Keine Verhütung

Wenn Sie in den Wechseljahren sind, nehmen Sie Hormone ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Regelmäßige gynäkologische Vorsorge? Ja, zuletzt am: Nein

Hatten Sie schon einmal eine Mammographie? Ja, zuletzt am: Nein

Vorausgegangene Geburten

| Jahr | Spontan Vakuum/Zange Kaiserschnitt | Klinik | SSW | Junge/ Mädchen | Gewicht | Besonderheiten/ Komplikationen |
|------|--|--------|-----|-------------------|---------|-----------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Vorausgegangene Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften

| Jahr | Fehlgeburt SS-Abbruch EUG | Ausschabung | Besonderheiten/ Komplikationen |
|------|---------------------------------|-------------|-----------------------------------|
| | | | |
| | | | |



Anamnesebogen Gynäkologie

Eigene Erkrankungen

- Nieren Bluthochdruck Schilddrüse Herz Zucker
 Lunge Leber Krampfadern Psych. Erkrankungen
 Magenbeschwerden Osteoporose Migräne mit Aura ohne Aura

Sind bei Ihnen weitere Erkrankungen bekannt?

(z.B. therapiebedürftige Depression, Gerinnungsstörung, Blutarmut mit Hb-Wert < 9mg/dl,...)

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

(z.B. Magnesium, Eisen, Iod, Blutdruckmedikamente, Insulin, Aspirin oder sonstige Blutverdünner, Antidepressiva oder sonstige Psychopharmaka, Schilddrüsenmedikamente,...)

Leiden Sie unter Allergien?

(bitte Allergiepass mitbringen falls vorhanden) (z.B. Medikamente, Schmerz-und Narkosemittel, Antibiotika, Pflaster, Latex,...)

Haben sie folgende Impfungen erhalten?

Bitte geben sie an wann diese Impfungen waren und wieviele.

Mumps, Masern, Röteln: _____

HPV: _____

Corona: _____

Blutgruppe: _____

Größe (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____



Anamnesebogen Gynäkologie

Rauchen Sie?

Nein Ja, _____ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol?

Nein Ja, _____ (bitte Substanz, Menge und Häufigkeit angeben)

Nehmen Sie Drogen?

Nein

Ja, _____ (bitte Substanz, Menge und Häufigkeit angeben)

Wurden Sie schon einmal operiert?

(z.B. Gebärmutteroperationen wie Ausschabungen, Myomabtragungen, Konisationen, sonstige Unterleibsoperationen, Blinddarm, Mandeln, Magen-oder Darmoperationen...)

| Jahr | Art der OP | Kliniken | Vollnarkose/ Lokale Betäubung | Besonderheiten/ Komplikationen |
|------|------------|----------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie oder der Familie Ihres Partners Erkrankungen?

(z.B. Fehlbildungen, Syndrome, schwere Erkrankungen im Kindesalter, Diabetes, Krebs, Herzerkrankungen, Erkrankungen an anderen Organen, ...)

Bitte teilen Sie uns sonstige in Ihren Augen wichtige Informationen mit und/oder sprechen Sie uns bei Fragen gerne an.

Ort/Datum: _____ Unterschrift der Patientin: _____