



Anmelde- und Anamnesebogen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Für eine optimale Behandlung benötigen wir verschiedene Informationen für Ihre Patientenakte. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen können Sie sich gerne an unser Team wenden, wir helfen gerne. **Wenn Sie sich bei manchen Punkten unsicher sind, lassen Sie diese erst einmal frei. Wir kommen auf Sie zu, falls uns Informationen fehlen.**

Persönliche Angaben:

Nachname: Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum: Körpergröße: Körpergewicht:

Telefonnummer: Mobil:

E-Mail: Beruf:

Hausarzt/-ärztin:

Anamnese

Handelt es sich um Ihren ersten Frauenarztbesuch? Ja Nein

Wenn nein, wann war Ihr letzter Besuch beim Frauenarzt / Ihre letzte Krebsvorsorge und bei welchem Arzt/Ärztin?
.....

Haben Sie eine vollständige Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs (HPV-Impfung) erhalten?
Wenn ja, wann? Nein

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Zyklus & Regelblutung	In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung?
	Wann war ihre letzte Regelblutung?
	Wie lange dauert Ihr Zyklus? 24 T 26 T 28 T 30 T 32 T unregelmäßig kürzer länger
	Wie lange dauert die Blutung? Tage
	Haben Sie während Ihrer Regelblutung Schmerzen? Ja Nein
	Wenn ja, an wie vielen Tagen: Tage
	Auf einer Skala von 0 (keine Schmerzen) - 10 (stärkste vorstellbare Schmerzen):

Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr? Ja Nein

Mit welcher Methode verhüten Sie?

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie eine Hormonersatztherapie ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, durchschnittl. Zigaretten pro Tag: Nein

Wann wurde der letzte Unterbauchultraschall/Brustultraschall durchgeführt?

Wurde bei Ihnen eine Mammografie durchgeführt? Wenn ja, wann/Jahre: Nein

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? Wenn ja, wann/Jahre: Nein

Hatten Sie jemals eine Operation im Bauchraum und/oder an der Brust? Ja Nein

Welche Operation und wann?

Hatten Sie andere Operationen? Ja Nein

Welche Operationen und wann?

Haben Sie behandlungsbedürftige Erkrankungen? Ja Nein

Welche und seit wann?

Schwangerschaften

Alter und Geschlecht Ihres Kindes / Ihrer Kinder:

.....

Geburtsart - natürliche Geburt/en: Kaiserschnitt/e:
bitte ankreuzen und Anzahl dahinter: Zange: Saugglocke:

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen? Ja Nein

Wenn ja, wann und welche?

Bitte bei den folgenden Punkten, wenn zutreffend, immer das Jahr und die Anzahl ergänzen:

Gab es Fehlgeburten?

Gab es Eileiterschwangerschaften?

Gab es Schwangerschaftsabbrüche?

Gab es Totgeburten?

Familienanamnese

Wurde bei Familienmitgliedern...

- Brust-, Eierstock- oder Darmkrebs diagnostiziert? Ja Nein
Wenn ja, was genau und bei wem?
- Eine Thrombose, Herzinfarkt oder Schlaganfall diagnostiziert? Ja Nein
Wenn ja, was genau und bei wem?
- Gibt es andere gehäuft auftretende Erkrankungen in Ihrer Familie? Ja Nein
Wenn ja, was genau und bei wem?

Schweinfurt, den _____ Datum _____ Unterschrift _____