

# Anamnesebogen



Frauenärztin  
Dr. Denise Völker  
Praxis für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Alter:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Größe:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**mobil:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **berufliche Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:**  ledig  verheiratet  feste Partnerschaft  verwitwet  geschieden

**Was ist der Anlass Ihres Besuches?** \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte gyn. Untersuchung/Krebsvorsorge?** \_\_\_\_\_

**Wo waren Sie zuletzt in frauenärztlicher Betreuung?** \_\_\_\_\_

**Erste Regelblutung mit** \_\_\_\_\_ **Jahren** **1. Tag der letzten Regelblutung:** \_\_\_\_\_

*bei Patientinnen vor der Menopause:* Wieviel Tage liegen zwischen zwei Periodenblutungen? \_\_\_\_\_

Die Blutung ist  normal  schwach  stark  schmerhaft  regelmäßig  unregelmäßig

Leiden Sie unter zyklusabhängigen Beschwerden (z.B. Kopfschmerz, psychische Verstimmung)?  nein  ja

*nur bei über 50 Jährigen:* **letzte Mammographie?** \_\_\_\_\_ **letzte Darmspiegelung/Stuhltest?** \_\_\_\_\_

**Allergische Reaktion?**  nein  ja, folgende \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  nein  ja, \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder konsumieren Sie Drogen?  nein  ja, \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**  nein  ja, folgende

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_</p

Wurden Sie schon einmal operiert?  nein  ja

Jahr	Art des Eingriffs

**Eigene Erkrankungen:**  nein  ja, folgende

Bluthochdruck  nein  ja \_\_\_\_\_

Herz-Kreislauferkrankung  nein  ja \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus  nein  ja \_\_\_\_\_

Thrombose/ Embolie  nein  ja \_\_\_\_\_

Schlaganfall  nein  ja \_\_\_\_\_

Migräne mit Aura  nein  ja \_\_\_\_\_

Leber-/Gallefunktionsstörung  nein  ja \_\_\_\_\_

Magen-Darm-Erkrankung  nein  ja \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung  nein  ja \_\_\_\_\_

Nierenfunktionsstörung  nein  ja \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung  nein  ja \_\_\_\_\_

Krebskrankung  nein  ja \_\_\_\_\_

Sonstige  nein  ja \_\_\_\_\_

**Erkrankungen in der Familie:**  nein  ja, Art und Verwandtschaftsgrad

Thrombose/ Embolie  nein  ja, \_\_\_\_\_

erhöhter Blutdruck/Diabetes  nein  ja, \_\_\_\_\_

Schlaganfall/ Herzinfarkt  nein  ja, \_\_\_\_\_

Brustkrebs  nein  ja, \_\_\_\_\_

Sonstige Krebskrankung  nein  ja, \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankung  nein  ja, \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die **Richtigkeit** meiner Angaben sowie die **Kenntnisnahme** der „**Patienteninformation zum Datenschutz**“, welche in der Praxis aushängt.

Ich bin mit einer Benachrichtigung durch den digitalen Terminkalender CLICKDOC zur Terminbestätigung sowie Terminerinnerung per SMS / E-Mail einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_