

## Fragebogen zur Anamnese

Sehr geehrte Patientin,  
um eine gezielte individuelle Behandlung zu erreichen, müssen wir über bestimmte Informationen verfügen. **Gegenseitiges Vertrauen ist die Basis für eine gute Diagnose und Therapie.** Bitte beantworten Sie daher folgende Fragen und **kreuzen Sie Zutreffendes auf der Vorder- und Rückseite an.**

Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, diesen Fragebogen nur Ihrer Ärztin oder Arzthelferin persönlich zu übergeben.

### Persönliche Daten:

Datum:

Name:/Vorname:

Adresse:

Tel:/Handy:

E-Mail Adresse:

Hausarzt:

Alter:

Beruf:

### Welche Beschwerden haben Sie?

### Liegen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen vor?

Schilddrüsenerkrankungen                       ja seit wann ?                       nein

Diabetes mellitus (Zucker)                       ja, seit wann ?                       nein

Blutungs-/Thromboseneigung                       ja, seit wann ?                       nein

Krebserkrankungen                       ja, welche ?                       nein

Allergien                       ja, welche ?                       nein  
(z.B. Penicillin ?    Schmerzmittel ?    Asthma ?)

Hormonstörungen                       ja, seit wann ?                       nein

Wechseljahrsbeschwerden                       ja, seit wann ?                       nein

andere Krankheiten ( wie z.B. Nierenerkrankung, Herzkrankheit, Infektionen)

ja, seit wann ?                       nein

Wie alt waren Sie bei der ersten Blutung? .....                      \_Jahre alt

Hat die Blutung ganz aufgehört?                      Wann?

Waren Sie schon mal schwanger?                       ja     nein

Wenn ja, wann ? .....

bitte Geburtsdaten/Mädchen/ Junge eintragen.....

Gab es während Ihrer Schwangerschaft Besonderheiten/Komplikationen?

ja  nein

Wenn ja, welche?.....

Traten bei der Entbindung Komplikationen auf?  ja  nein

Wenn ja, welche?.....

Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt oder einen Abbruch?  ja  nein

Fehlgeburt.....wann? ..... Abbruch.....wann?.....

Bitte angeben: **1. Tag** der letzten Regelblutung: .....

Wie viele Tage liegen zwischen 2 Regelblutungen?.....

Kommt Ihre Regelblutung noch regelmäßig?  ja  nein

Verhüten Sie durch: Pille?  ja  nein

Spritze?  ja  nein

Implanon?  ja  nein

Ring?  ja  nein

Kondome?  ja  nein

Spirale?  ja  nein

Hatten Sie Operationen an Brust oder Unterleib?  ja  nein

Wenn ja, wann und welche?.....

Andere Operationen (z.B. Blinddarm)  ja  nein

(Gallenentfernung, Leistenbruch, Bauchschnitt)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Namen: .....

**Medikamentenplan bitte vorlegen!!!**

Rauchen Sie regelmäßig?  ja  nein

Wenn ja, wie viel (Anzahl) am Tag?.....

Nennen Sie uns bitte Ihren täglichen Alkoholgenuss: (Wein, Bier, Hochprozentiges).....

Ist in Ihrer Familie eine Krebserkrankung (z.B. Brustkrebs/Eierstockkrebs) bekannt?  ja  nein

Wenn ja, bei wem?.....

Welche Krebserkrankung gibt es noch? .....

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit!

**Das Team der Frauenarztpraxis Steinmeyer**