



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

da wir Sie noch nicht kennen oder Ihre Anamnese sich vielleicht geändert hat, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit Informationen über relevante Vorerkrankungen oder medizinischen Risiken zu erhalten und zu berücksichtigen.

Bitte fragen Sie nach, falls Sie Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens brauchen.

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____ Größe(cm): _____ Gewicht (kg): _____

Beruf: _____

Telefon privat _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Anlass des Besuchs:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Vorsorge | <input type="radio"/> Verhütung | <input type="radio"/> Gespräch |
| <input type="radio"/> Beschwerden | <input type="radio"/> Wechseljahre | <input type="radio"/> Schwangerschaft |
| <input type="radio"/> Kinderwunsch | <input type="radio"/> Zweitmeinung | |
| <input type="radio"/> Andere: _____ | | |

Wann war der letzte Besuch beim Frauenarzt ? Jahr: _____ ggf. Monat: _____

Wann wurde bei Ihnen die letzte (Krebs-) Vorsorge mit PAP-Abstrich durchgeführt ? _____

Wurde seit dem 01.01.2020 bereits ein Test mit HPV (humanes Papilloma Virus) bei Ihnen durchgeführt ?

- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Haben Sie bereits eine Impfung gegen HPV erhalten ? (Cervarix oder Gardasil 4/9)

- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Periode ? _____

- ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ (sehr) schmerzhaft
☐ stark

Welche Art der Verhütung nutzen Sie ?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Nicht (mehr) nötig | <input type="radio"/> Kondom / Diaphragma | <input type="radio"/> Pille (welche?) _____ |
| <input type="radio"/> Sterilisation | <input type="radio"/> Sterilisation beim Partner | <input type="radio"/> Andere Verhütungsmethode _____ |
| <input type="radio"/> Spirale (Welche? Wann eingesetzt?) _____ | <input type="radio"/> Implanon-Verhütungstäbchen _____ | |

- ☐ Ja ☐ Nein

Frauenarztpraxis Ines Tietze
Fachärztin für Frauenheilkunde, Geburtshilfe
& Psychotherapie

Rudolf-Breitscheid-Straße 33
06686 Lützen
info@frauenarztpraxis-luetzen.de



Nehmen Sie Hormonpräparate ein?

Falls ja, welche ?

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie ein ?

☐ Keine

(z.B. Blutdruck, Herz, Schilddrüse, Psychopharmaka, Vitamine, Blutverdünner oder andere)

Hatten Sie schon einmal eine Mammografie (Röntgen der Brust?)

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, wann und wo ? _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung ?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, wann und warum ? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt ?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, welche ? _____

Rauchen Sie ?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten täglich ? _____

Trinken Sie Alkohol ?

☐ Ja, regelmäßig/ (fast)
täglich

☐ Ja, gelegentlich /
1-2 x pro Woche

☐ Ja, selten / 1-2 x pro
Monat

☐ Nein, nie

Nehmen Sie Drogen ?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, welche und wie viele ? _____

Eigene Erkrankungen

Wenn ja, nennen Sie bitte auch **nicht-gynäkologische Erkrankungen** (z.B. Blutdruck, Schlaganfall, Diabetes, Migräne, Schilddrüse, Herz, Niere, Gerinnungsstörungen/Thrombose/Embolie, Epilepsie, Depressionen, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Infektionen z.B.: Hepatitis, HIV oder andere)



Wurden Sie schon einmal operiert? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wann/was/ggf. welches Krankenhaus?

(z.B. Blinddarm, Leistenbruch, Galle, Schilddrüse, Brust, Magen/Darm, Genitalbereich, kosmetische Operationen)

Waren Sie schon einmal schwanger ? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte angeben:

☐ Fehlgeburt ☐ Schwangerschaftsabbruch ☐ Eileiterschwangerschaft

Geburten:

Jahr	Geschlecht	Geburtsart	Komplikationen	Krankenhaus

Familienanamnese der nahe Blutsverwandschaft:

(Eltern, Geschwister, Großeltern – z.B. Krebs, Gerinnungsstörung/Thrombose/Embolie, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Herzinfarkt/Schlaganfall/Diabetes)

Sonstiges bzw. Anliegen:

Bitte bringen Sie wichtige Befunde (zB. Krankenhausbrief, Vorbefunde) und ggf. ihren Impfpass oder alten Mutterpass mit .

Datum: _____

Unterschrift: _____