



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

da wir Sie noch nicht kennen oder sich Ihre Anamnese vielleicht geändert hat, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit Informationen über relevante Vorerkrankungen oder medizinische Risiken zu erhalten. So können wir eine bestmögliche Versorgung in unserer Praxis ermöglichen. Bitte bringen Sie wichtige Befunde (z. B. Krankenhausbrief, Vorbefunde) und gegebenenfalls Ihren Impfpass oder alten Mutterpass mit.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ Größe (cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Telefon / Mobil (privat) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus  Gesetzlich |  Privat |  Selbstzahler |  Beihilfe berechtigt

### Anlass des Besuches

- Vorsorge  Verhütung  Kinderwunsch  Schwangerschaft  Beschwerden  
 Gespräch  Nachsorge  Auffälliger PAP-Abstrich  Andere

Wann war der **letzte Besuch** beim Frauenarzt? \_\_\_\_\_

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

Wurde seit dem 01.01.2020 bereits ein sog. **Co-Test (PAP-Abstrich mit HPV, Frauen ab 35. Lj.)** 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 der letzten Periode**? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr **Zyklus**?  Regelmäßig  Normale Blutung  Zwischenblutungen  unregelmäßige, starke oder schmerzhafte Blutungen

Welche Art der **Verhütung** wenden Sie an?

- Keine  Kondom / Diaphragma  Sterilisation  Sterilisation beim Partner  
 Pille (Welche?) \_\_\_\_\_  
 Spirale (Welche? Wann eingesetzt?) \_\_\_\_\_  
 Implanon-Verhütungsstäbchen (Wann eingesetzt?) \_\_\_\_\_  
 Andere Verhütungsmethode \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **Hormonpräparate** ein?  Ja  Nein  
Falls ja, welche? (auch lokal) \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal **schwanger**?  Ja  Nein  
Anzahl Geburten \_\_\_\_\_ Fehlgeburten \_\_\_\_\_ Eileiterschwangerschaften \_\_\_\_\_  
Davon: spontan \_\_\_\_\_ Kaiserschnitt geplant \_\_\_\_\_ ungeplant \_\_\_\_\_ Saugglocke \_\_\_\_\_ Zange \_\_\_\_\_  
Komplikationen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Nehmen Sie **Medikamente** ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche (Dosierung)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine **Mammographie** (Röntgen der Brust)?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**  Ja  Nein  
Wenn ja, wann und warum? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Rauchen Sie?

- Nein, ich habe noch nie regelmäßig geraucht
- Ich habe vor \_\_\_\_\_ Jahren aufgehört
- Ja (wie viele Zigaretten täglich?) \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Erkrankungen / Infektionen**?  Ja  Nein  
Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombose/Embolie, Migräne, Migräne mit  
Aura Blutungsneigung, Lebererkrankung, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Epilepsie  
Osteoporose, Harninkontinenz, Asthma/COPD, Hepatitis, HIV, Covid, Krebserkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Andere Erkrankungen \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal **operiert**?  Ja  Nein  
(z.B. Blinddarm, Leistenbruch, Galle, Schilddrüse, Magen / Darm, Brust, Gebärmutter, Eierstöcke,  
kosmetische Operationen, Hüft- oder Kniegelenkersatz, Implantate z.B. Herzschrittmacher)  
Falls ja, wann / was / ggf. welches Krankenhaus? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer **Familie folgende Erkrankungen**?  Ja  Nein  
 Bluthochdruck  Gerinnungsstörung (Thrombose / Embolie / Blutungsneigung)  
 Herzinfarkt  Schlaganfall  Diabetes  Autoimmun oder Erbkrankheiten  
Falls ja, wer und in welchem Alter? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!