

## Anamnesebogen

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Medizinische Vorgeschichte:

Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung und WO?

\_\_\_\_\_

Waren Sie schonmal zur Mammographie? \_\_JA / NEIN\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Datum der letzten Periode / Menstruation: \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen HPV/Gebärmutterhalskrebs geimpft?

Ja, vollständig       Ja, teilgeimpft       Nein

Sind Sie schwanger?       Nein       Ja

Rauchen Sie?       Nein       Ja

Allergien? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie die Pille oder ähnliches, wie Spirale, 3-Monats Spritze o. Implanon?

\_\_\_\_\_

### Vorausgegangene Schwangerschaften / Geburten:

Monat / Jahr      Ausgang (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Fehlgeburt, Abbruch)

| Monat / Jahr | Ausgang (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Fehlgeburt, Abbruch) |
|--------------|---|
|              |   |
|              |   |
|              |   |
|              |   |

**Bitte wenden!**

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz  |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Migräne                | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |

**Welche Erkrankung ist seit wann bekannt?**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Nehmen Sie Medikamente?

---

**Sind Sie schonmal operiert worden?**

Jahr                      Welche Operation und wo?



**Gibt es / gab es in Ihrer Familie (Eltern/ Geschwister/nahe Verwandte) folgende Erkrankung?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs                 | <input type="checkbox"/> Thrombose              | <input type="checkbox"/> Eierstockkrebs    |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |

**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)**

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