

Standard Gynäkologie Anamnesebogen deutsch



St. Louise
Frauen- und Kinderklinik
Paderborn

Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt nach bestem Wissen zu beantworten. Dies soll das persönliche Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt selbstverständlich nicht ersetzen, sondern dient ausschließlich der Optimierung des Behandlungsablaufes.

(Patientenaufkleber)

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Alter: _____ aktuelle Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg Beruf: _____

Handy-Nummer _____ Email-Adresse: _____

Wie sind Sie versichert?

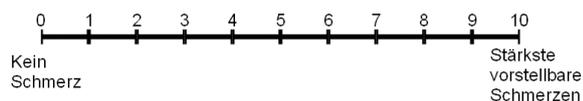
gesetzlich versichert ja nein privat versichert ja nein stationär mit Chefarztbehandlung ja

Rauchverhalten: _____ tgl. (Anzahl) früher nie Alkohol: nie wenig regelmäßig häufig

Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt/Frauenärztin? Wer soll einen Arztbrief erhalten?

Beschwerden/Symptome (nicht Diagnose)

Haben Sie Schmerzen?



Haben Sie Allergien?

Keine

(z. B. gegen Latex, Medikamente, Penicillin, Pflaster, Gräser, Pollen)



Gynäkologische Anamnese

Letzte Mammographie: _____ / _____ Wo? _____
Monat Jahr

Letzter Krebsabstrich: _____ / _____ Wo? _____
Monat Jahr

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Nein wenn ja, wann ? _____

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? normal Verstopfung Durchfall Schmerzen

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? normal häufig Schmerzen blutig Urinverlust

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode? _____ Jahre

Wenn Sie Ihre Periode noch bekommen:

1. Tag der letzten Periode:.....

Zyklusdauer: BlutungsdauerTage / Zyklusdauer..... Tage regelmäßig unregelmäßig

Zwischenblutungen: ja nein Blutungsstärke: stark mittel schwach

Wie verhüten Sie? Pille (Name) _____ Spirale (Name) _____
 Kondom Sonstiges _____
 Partner ist sterilisiert gar nicht

Wenn Sie Ihre Periode nicht mehr bekommen:

Wie alt waren Sie bei ihrer letzten Periode? _____ Jahre

Schwangerschaften / Fehlgeburten

Wie oft sind Sie schwanger gewesen? _____ (Gesamtzahl der Schwangerschaften bitte eintragen)

Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____ (Kinder) vaginal: _____ Kaiserschnitt: _____

Fehlgeburten _____ Anzahl Keine

Schwangerschaftsabbrüche _____ Anzahl Keine



Operationen Keine <input type="checkbox"/>				
Wann <small>Monat / Jahr</small>	wo	Erkrankung	Operation	Komplikation
1.				Keine <input type="checkbox"/>
2.				Keine <input type="checkbox"/>
3.				Keine <input type="checkbox"/>
4.				Keine <input type="checkbox"/>

Erkrankungen Keine <input type="checkbox"/> <small>(z.B. Herz, Bluthochdruck, Lunge, Magen/Darm, Zucker, Schilddrüse, Niere, Krebs, Nervensystem etc.)</small>			
	keine	bekannt seit <small>Monat/Jahr</small>	welche?
Herz			
Bluthochdruck			
Schlaganfall			
Lunge			
Magen / Darm			
Zucker			
Schilddrüse			
Niere			
Krebs			
Nervensystem			
Blutgerinnungsstörungen			
Thrombosen/Embolien			
andere Erkrankungen			
Infektionskrankheiten			
• HIV			
• Hepatitis B			
• Hepatitis C			
• andere			
• Geschlechtskrankheiten			
• andere			

Standard Gynäkologie Anamnesebogen deutsch



St. Louise
Frauen- und Kinderklinik
Paderborn

Medikamentenname mit Dosierung (z.B. mg)	morgens	mittags	nach- mittags	abends	seit wann Monat / Jahr
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Die häusliche Medikation kann übernommen werden Hdz Ärztin/Arzt _____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wer ist erkrankt (Vater, Mutter, Schwester, Bruder, Kinder, Großeltern, Tanten, Onkel?)	In welchem Alter ist das jüngste Familien- mitglied erkrankt?
Thrombose/Embolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
Unterleibskrebs _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
(bitte angeben welcher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
Sonstiger Krebs _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
(bitte angeben welcher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
Sonstige Erkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre
(bitte angeben welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____ Jahre

Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift Ärztin/Arzt