



Anamnesebogen:

Vor- und Nachname: _____ **Mädchenname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Vers.Nr.:** _____

Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefonnummer: _____ **E-mail Adresse:** _____

Beruf/Dienstgeber:.....

Hausarzt:

1. Wann war ihr letzter Frauenarzt Besuch? _____

2. Gab es bei der letzten Untersuchung Auffälligkeiten?(Myome/PAP Abstriche,...) _____

3. Letzte Mammographie? _____

4. In welchem Alter haben Sie ihre erste Regelblutung bekommen? _____

5. Wann war der erste Tag der letzten Menstruationsblutung? _____

6. Wie ist Ihr Zyklus: ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ keine Blutung

7. Wie lange ist Ihre Zyklusdauer (Abstand zwischen den Blutungen)? _____

8. Gibt es Probleme bei der Regelblutung? ☐ Nein ☐ Ja - Welche? _____

9. Wie verhüten Sie? _____

10. Kinderwunsch: ☐ Nein ☐ Ja, Wie lange schon? _____

11. Geburten: Wieviele? _____

Sind Komplikationen aufgetreten? _____

Spontangeburt: _____ Kaiserschnitte: _____ Saugglocke: _____

12. Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt/Eileiterschwangerschaft?

☐ Nein ☐ Ja - Wie oft? Wann? _____

13. Probleme beim Harnlassen? ☐ Nein ☐ Ja, Harnverlust

14. Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüse, Bluthochdruck, Depression, Thrombose, ...):

15. Hatten Sie schon einmal eine Operation?Welche?Wann?

16. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

17. Leiden Sie unter Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?

☐ Nein ☐ Ja - Welche? _____

18. Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja - Wieviel? _____

19. Gibt es in der Familie Krebserkrankungen oder andere schwere Erkrankungen? Wer hat diese?

Datum:

Unterschrift: