

# ANAMNESEBOGEN

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Sehr geehrte Patientin,**  
herzlich willkommen im MVZ Arberland.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

\_\_\_\_\_  
Name Erziehungsberechtigter/Betreuer/Dolmetscher

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name | Ort)

\_\_\_\_\_  
Bisheriger Frauenarzt (Name | Ort)

### Bitte kreuzen Sie zutreffendes an

Wurde schon ein Hautscreening beim Haut- bzw. Hausarzt durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und bei wem? \_\_\_\_\_

Waren Sie schon mal beim Urologen?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und bei wem? \_\_\_\_\_

Anzahl Ihrer Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Anzahl Ihrer Geburten \_\_\_\_\_

Nachfolgend bitte Anzahl und Jahreszahl eintragen:

\_\_\_\_\_ normale Geburt(en) im Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Kaiserschnitt im Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Saugglockengeburt(en) im Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Abgang im Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Abbruch im Jahr \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_ (Jahreszahl)

Wann war Ihr letzter HPV-Test? \_\_\_\_\_ (Jahreszahl) \_\_\_\_\_ (Ergebnis)

Wann war Ihr letzter Chlamydien-Test? \_\_\_\_\_ (Jahreszahl) \_\_\_\_\_ (Ergebnis)

Wann war Ihre letzte Mammographie? \_\_\_\_\_ (Jahreszahl)

Wann war Ihre letzte Brustultraschallkontrolle? \_\_\_\_\_ (Jahreszahl)

Wurde bei Ihnen bereits eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? (Magen) \_\_\_\_\_ (Darm) \_\_\_\_\_ (Stuhltest) \_\_\_\_\_

Mit wie vielen Jahren hatten Sie Ihre erste Periodenblutung? \_\_\_\_\_

# ANAMNESEBOGEN

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Wann war Ihre letzte Periode? \_\_\_\_\_ (1. Tag der letzten Periode)

Ihr Zyklus ist? (Bitte ankreuzen – Mehrfachnennung möglich)  regelmäßig  unregelmäßig  verkürzt  verlängert

Wie verhüten Sie?

- Pille, welche? \_\_\_\_\_
- 3-Monatsspritze
- Spirale, welche?  Kupferspirale \_\_\_\_\_  Hormonspirale \_\_\_\_\_
- Sonstig: \_\_\_\_\_

### Haben Sie folgende Impfungen erhalten?

HPV (Gebärmutterhalskrebs) Impfung  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Masern-Mumps-Röteln (MMR) Impfung  Ja  Nein

Wenn ja, wie viele Impfungen? \_\_\_\_\_

Windpocken Impfung  Ja  Nein  Windpocken gehabt

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ (Impfung)

Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten Impfung  Ja  Nein

Wenn ja, wann?

Zeckenimpfung (FSME)  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### Impfpasskontrolle nach STIKO bei Vorlage möglich ggf. Impfung, falls gewünscht!

Erhalten Sie eine Hormonersatztherapie?  Ja  Nein

Bitte Name des Medikaments angeben: \_\_\_\_\_

Gibt es schwerwiegende Erkrankungen in Ihrer Familie? (Krebs, Thrombose, Embolie, Diabetes, Bluthochdruck,...)

- Nein
- Ja (bei wem und was?) \_\_\_\_\_

Ihre Größe \_\_\_\_\_ Ihr Gewicht \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Gynäkologische Operationen? (z.B. Gebärmutterentfernung, Zystenentfernung,...)

- Nein
- Ja (welche und wann?) \_\_\_\_\_

# ANAMNESEBOGEN

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Hatten Sie bereits andere Operationen? (z.B. Blinddarm,...)

- Nein
- Ja (welche und wann?) \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie an schwerwiegenden Erkrankungen? (z.B. Krebs, Thrombose, Embolie, Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung,...)

- Nein
- Ja (welche und seit wann?) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Nein
- Ja (welche?) \_\_\_\_\_ (Bitte ggf. Medikamentenpass vorlegen)

Leiden Sie unter Allergien?

- Nein
- Ja (welche?) \_\_\_\_\_ (Bitte ggf. Allergiepass vorlegen)

Rauchen oder Trinken Sie, nehmen Sie Drogen?

- Nein
- Ja (wieviel pro Tag?) \_\_\_\_\_

Ihr Beruf / derzeitige Tätigkeit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort / Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**