Ruth Venus
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit sind. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name, Vorname | Geburtsdatum | E-Mail

Telefon | Hausarzt | Beruf

Letzte reguläre Periodenblutung: ..... Körpergröße in cm: ..... Gewicht in kg: .....

Wie viele Tage liegen zwischen 2 Periodenblutungen? .....

Die Blutung ist: ○ stark ○ normal ○ schwach ○ schmerzhaft ○ unregelmäßig

In welchem Alter waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung? .....

Besteht Kinderwunsch? ○ ja ○ nein ○ später

Geburten:	Jahr	normale Geburt: ja	nein	Kaiserschnitt	Zange/Saugglocke
1.	.....	○	○	○	○
2.	.....	○	○	○	○
3.	.....	○	○	○	○
4.	.....	○	○	○	○

Gab es während einer Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?

Wann und welche? .....

Anzahl: .....Fehlgeburten? .....Eileiterschwangerschaften? .....Schwangerschaftsabbrüche?

Gynäkologische Operationen? ○ ja ○ nein

Wann und welche? .....

Hatten Sie andere Operationen? ○ ja ○ nein

Wann und welche? .....

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? ○ ja ○ nein

Welche? .....

Wurde die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt? ○ ja ○ nein

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ○ ja ○ nein Wenn ja: Wann? .....

Ruth Venus
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Mit welcher Methode verhüten Sie?

◯ Keine	◯ Pille (Name……)	◯ Verhütungsstäbchen	◯ Kondom
◯ Hormonspirale	◯ Kupferspirale	◯ natürliche Familienplanung	◯ Verhütungsring
◯ 3-Monats-Spritze	◯ Pflaster	◯ Sterilisation	◯ andere:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ◯ ja ◯ nein

Welche?

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Nehmen Sie Hormone ein? ◯ ja ◯ nein

Welche und seit wann? ……..

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

◯ Gerinnungsstörung	◯ Herzinfarkt	◯ Bluthochdruck
◯ Diabetes	◯ Hormonstörung	◯ Arthrose
◯ HIV	◯ Asthma/COPD	◯ Thrombose/Lungenembolie
◯ Krampfadern	◯ Lebererkrankung	◯ Epilepsie/Krampfanfälle
◯ Schilddrüsenerkrankung	◯ Harninkontinenz	◯ Wechseljahresbeschwerden
◯ Schlaganfall	◯ Migräne	◯ Nierenerkrankung
◯ Osteoporose	◯ Blutungsneigung	◯ Hepatitis
◯ Depression/Angststörung	◯ Reizdarm	◯ Krebserkrankung

◯ Andere……..

Rauchen Sie? ◯ ja …. Zigaretten am Tag ◯ nein

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen (z.B. Brust- oder Eierstockkrebs), Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten?

◯ ja ◯ nein

Wenn ja - welche und bei was für einem Familienmitglied?

……

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 widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

……..
Datum, Unterschrift