



### Fragebogen Anamnese

Liebe Patientin,  
herzlich willkommen in unserer Praxis!  
Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus und senden ihn uns möglichst vorab zu.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Größe / cm \_\_\_\_\_ Gewicht / kg \_\_\_\_\_

**Waren Sie schon einmal bei einem Frauenarzt?**  ja  nein

Wenn ja, wann war die letzte gyn. Vorsorge-Untersuchung? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine Mammografie?  ja  nein

Wenn ja, wann war die letzte Mammografie? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann war die letzte Mamma-Sonografie? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals kontrollbedürftige Befunde?  ja  nein

Letzte Regel / Datum 1. Tag: \_\_\_\_\_

Mit wieviel Jahren hatten Sie Ihre erste Regel? \_\_\_\_\_

Menopause (letzte Regel im Leben) seit: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal schwanger?  ja  Nein

Anzahl Fehlgeburten / Eileiterschwangerschaften: \_\_\_\_\_ zuletzt Monat / Jahr \_\_\_\_\_

Geburten:

Kind	Geburtsjahr	Geburtsart	Besonderheiten
_____	_____	<input type="radio"/> natürlich <input type="radio"/> op. Sectio <input type="radio"/> op. Glocke	_____
_____	_____	<input type="radio"/> natürlich <input type="radio"/> op. Sectio <input type="radio"/> op. Glocke	_____
_____	_____	<input type="radio"/> natürlich <input type="radio"/> op. Sectio <input type="radio"/> op. Glocke	_____
_____	_____	<input type="radio"/> natürlich <input type="radio"/> op. Sectio <input type="radio"/> op. Glocke	_____

### Früherkennung-Prävention

Gesundheitscheck beim Hausarzt erfolgt? Monat / Jahr \_\_\_\_\_

Wurde eine Darmspiegelung durchgeführt? Monat / Jahr \_\_\_\_\_

Hautkrebscreening durchgeführt? Monat / Jahr \_\_\_\_\_ Befund? \_\_\_\_\_

Impfschutz gegeben? (ggf. Impfpass mitbringen)

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? / Med. Nahrung, Pollen, Waschmittel ...  ja  nein

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

### Lebensstil-Gewohnheiten

Rauchen Sie?  ja  nein Zigaretten / Tag \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  nie  selten  > 2 x / Woche  täglich z.B. \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  nie  ja Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_ Min. / Woche \_\_\_\_\_

Ernährungsweise?  Mischkost  Vegetarier (inkl. ovo-lakto)  vegan  Besonderes

Schlafstörungen?  ja  nein

Wenn ja, in wievielen Nächten / Woche? \_\_\_\_\_

Können Sie sich gut entspannen?  ja  nein

Zur Entspannung finde ich durch: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein?**

ja  nein

Bitte auch Pille, Blutverdünner,  
Augentropfen und Sprays angeben:

Darreichungsform und Dosierung:

morgens      mittags      abends      zur Nacht      bei Bedarf

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Haben oder hatten Sie schon einmal folgende Erkrankungen?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Migräne   | <input type="radio"/> Neurolog. Bes. / Krampfanfälle  | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen      |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck   | <input type="radio"/> Depressionen / Gemütskrankungen | <input type="radio"/> Leber-Gallen-Funktionsstörung |
| <input type="radio"/> Schlaganfall  | <input type="radio"/> Thrombose / Embolie             | <input type="radio"/> Nierenfunktionsstörung        |
| <input type="radio"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung                             | <input type="radio"/> Blutungsneigung                 | <input type="radio"/> Diabetes mellitus             |
| <input type="radio"/> Asthma / COPD   | <input type="radio"/> Tumoren                         | <input type="radio"/> chron.-rez. Infektionen       |
| <input type="radio"/> Beckenbodenschwäche („unwillk. Harn- / Stuhlverlust“) |   |   |

**Kinderkrankheiten & Infektionen:**

- |                                   |                                  |                                     |                                    |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Masern      | <input type="radio"/> Mumps      | <input type="radio"/> Röteln        | <input type="radio"/> Ringelröteln | <input type="radio"/> CMV-Toxoplasmose |
| <input type="radio"/> Keuchhusten | <input type="radio"/> Windpocken | <input type="radio"/> Hepatitis B-E | <input type="radio"/> Sonstiges    |  |

**Neigen Sie zu:**

- |                                      |                                       |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen  | <input type="radio"/> Rückenschmerzen | <input type="radio"/> Gelenkschmerzen            |
| <input type="radio"/> Bauchschmerzen | <input type="radio"/> Durchfall       | <input type="radio"/> Verstopfung                |
| <input type="radio"/> Erschöpfung    | <input type="radio"/> Atemnot         | <input type="radio"/> Schwindel / Kollapsneigung |
| <input type="radio"/> Übelkeit       | <input type="radio"/> Müdigkeit       | <input type="radio"/> Konzentrationsschwäche     |
| <input type="radio"/> Traurigkeit    |                                       |  |

**Gab es Behandlungen wie:**

- |                                   |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Operationen | <input type="radio"/> Bestrahlung | <input type="radio"/> Chemotherapie |
| Jahr _____                        | Jahr _____                        | Jahr _____                          |
| Ort _____                         | Ort _____                         | Ort _____                           |

**Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Schlaganfall     | <input type="radio"/> Thrombose              |
| <input type="radio"/> Lungenembolie    | <input type="radio"/> Blutungsneigung  | <input type="radio"/> Diabetes mellitus      |
| <input type="radio"/> Brustkrebs       | <input type="radio"/> Sonstige Tumoren | <input type="radio"/> Oberschenkelhalsbrüche |

Verwandtschaftsgrad / z.B. Mutter ... \_\_\_\_\_

**Folgendes möchte ich gern noch mitteilen:**

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

\_\_\_\_\_

Datum                      Unterschrift