

**Gynäkologischer  
Anamnesebogen für  
Neupatientinnen**

Praxisgemeinschaft Müller/Müller  
Markt 17  
06449 Aschersleben

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild Ihrer gesundheitlichen Situation machen können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst ausführlich zu beantworten. Alle Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Allgemeine Angaben**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Beruf und wöchentliche Arbeitszeit

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Name, Adresse)

Darf Ihr Hausarzt bei Bedarf über Befunde informiert werden?  Ja  Nein

Dürfen wir Sie bei Bedarf per E-Mail kontaktieren?  Ja  Nein

**Medizinische Angaben**

Körpergröße [cm] \_\_\_\_\_ Gewicht [kg] \_\_\_\_\_ Wann war ihre letzte Regelblutung? \_\_\_\_\_

**Liegen bei Ihnen bekannte Allergien vor (Medikamente, Lebensmittel...)?**

\_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie an, ob sie an mindestens einer der folgenden Krankheiten/Infektionen leiden oder litten**

- |                                              |                                                   |                                                 |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung   | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt         | <input type="checkbox"/> Chromosomenstörung       | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Thrombose                | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus   | <input type="checkbox"/> Krampfadern              | <input type="checkbox"/> Migräne                |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörung       | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung          | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung       |
| <input type="checkbox"/> Arthrose            | <input type="checkbox"/> Epilepsie                | <input type="checkbox"/> Osteoporose            |
| <input type="checkbox"/> HIV                 | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz          | <input type="checkbox"/> Hepatitis              |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD         | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung         |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung          | <input type="checkbox"/> Sonstige _____         |

**Sind Ihnen in Ihrer nahen Verwandtschaft (Eltern, Geschwister, Kinder) eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen bekannt?**

- |                                                            |                                                 |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung                 | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                       | <input type="checkbox"/> Migräne                |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörung                     | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung       |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                      | <input type="checkbox"/> Osteoporose            |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten/Chromosomenstörung | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung         |
| <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden          | <input type="checkbox"/> Sonstige _____         |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung                   |                                                 |

**Für Frauen, in gebärfähigem Alter - welche Verhütungsmethode nutzen Sie?**

- |                                                     |                                                  |                                     |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Keine                         | <input type="radio"/> Pille*                     | <input type="radio"/> Kondom        |
| <input type="radio"/> Verhütungsstäbchen (Implanon) | <input type="radio"/> Hormonspirale*             | <input type="radio"/> Kupferspirale |
| <input type="radio"/> Sterilisation                 | <input type="radio"/> Sterilisation des Partners | <input type="radio"/> Vaginalring   |
| <input type="radio"/> Dreimonatsspritze             | <input type="radio"/> Pflaster                   |                                     |

\*...Name des verwendeten Produkts und bei Spirale Einlegedatum \_\_\_\_\_

**Wurden Sie in der Vergangenheit operiert?**  ja  nein

Datum	Art des Eingriffs

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, verwenden Sie bitte einen separaten Zettel für die Operationen.)

**Geburten**

Datum	Art
	<input type="radio"/> spontan <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> Vakuumextraktion (VE)
	<input type="radio"/> spontan <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> Vakuumextraktion (VE)
	<input type="radio"/> spontan <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> Vakuumextraktion (VE)
	<input type="radio"/> spontan <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> Vakuumextraktion (VE)
	<input type="radio"/> spontan <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> Vakuumextraktion (VE)

**Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche**

Datum	Art
	<input type="radio"/> Fehlgeburt in SSW: _____ <input type="radio"/> Schwangerschaftsabbruch
	<input type="radio"/> Fehlgeburt in SSW: _____ <input type="radio"/> Schwangerschaftsabbruch
	<input type="radio"/> Fehlgeburt in SSW: _____ <input type="radio"/> Schwangerschaftsabbruch
	<input type="radio"/> Fehlgeburt in SSW: _____ <input type="radio"/> Schwangerschaftsabbruch
	<input type="radio"/> Fehlgeburt in SSW: _____ <input type="radio"/> Schwangerschaftsabbruch

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche, seit wann und in welcher Dosierung?

Bei mehr als drei Medikamenten, bringen Sie bitte, Ihren **Bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP) mit Barcode** mit.

**Nehmen Sie Hormone ein?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche, seit wann und in welcher Dosierung?

**Rauchen Sie**  Ja  Nein

**Sind Sie momentan schwanger**  Ja  Nein

**Falls ja, leiden Sie an Schwangerschaftsbeschwerden?**

Nein  Ja und zwar:

**Wenn bei Ihnen in der Vergangenheit eine Darmspiegelung durchgeführt worden ist, wann und wo war diese und mit welchem Ergebnis?**

**Wenn bei Ihnen in der Vergangenheit eine Mammographie durchgeführt worden ist, wann und wo (Screening oder Radiologie) war diese und mit welchem Ergebnis?**

**Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin folgendes mit...**

- Impfausweis
- Handtuch
- aktuellen Medikationsplan (BMP) mit Barcode Ihres Hausarztes
- weitere evtl. medizinisch relevante Dokumente (Zykluskalender...)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift