

Sehr verehrte Patientin!

Herzlich willkommen in unserer Privatpraxis für Frauenheilkunde!

Vor jeder guten Behandlung steht eine gute Diagnostik. Dazu gehört eine ausführliche Anamnese, bei der wir auf Ihre Mithilfe angewiesen sind. Sie helfen uns sehr, wenn Sie uns folgende Fragen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer medizinischen Vorgeschichte beantworten. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, lassen Sie das Feld frei. Wir sprechen im ärztlichen Gespräch über Ihre Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

1 Personenbezogene Angaben

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße:	Hausnummer:
Postleitzahl:	Wohnort:
Telefonnummer:	Mobilnummer:
E-Mail-Adresse:	
Beruf:	

2 Allgemeine medizinische Angaben

	Ja	Nein
Körpergröße: Körpergewicht:		
Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? (häufiger Harndrang, Schmerzen, wiederkehrende Infektionen, blutig, Urinverlust)	☐	☐
Wurden Sie diesbezüglich bereits behandelt?	☐	☐
Wurde bereits ein Test auf Blasenkrebs durchgeführt?	☐	☐
Haben Sie Beschwerden beim Stuhlgang? (unregelmäßig Stuhlgang, Verstopfung, Durchfall, Schmerzen)	☐	☐
Wurde bereits ein Test auf Darmkrebs durchgeführt?	☐	☐
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	☐	☐
.....		
.....		
Wie ernähren Sie sich?	☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ vegan	
Trinken Sie Alkohol?	☐ nein ☐ selten ☐ ca. 2 x die Woche ☐ täglich	

Anamnesebogen



dr. med. Sandra Zsiray-Elsen
FACHÄRZTIN FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

Ja Nein

Rauchen Sie?	☐ nein ☐ nicht mehr ☐ gelegentlich ☐ täglich – wie viele Zigaretten: _____			
Möchten Sie gerne mit dem Rauchen aufhören?		☐	☐	
Treiben Sie Sport?		☐	☐	
Haben Sie Allergien, Nahrungsmittel- oder Medikamentenunverträglichkeiten? Welche?	_____	☐	☐	
Wurden Sie schon einmal operiert?		☐	☐	
Wann und welche OP?	_____			
Haben Sie einen hohen Cholesterinspiegel oder hohe Blutfettwerte (Triglyceride)?		☐	☐	
Haben Sie Gerinnungsstörungen (z. B. Faktor V-Mangel, Thrombose, Embolie)?		☐	☐	
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?	☐ Bluthochdruck	☐ Krampfadern		
	☐ Herzerkrankungen	☐ Lebererkrankung		
	☐ Herzinfarkt	☐ Epilepsie		
	☐ Schlaganfall	☐ Schilddrüsenerkrankung		
	☐ Nierenerkrankung	☐ Krebserkrankungen		
	☐ Hepatitis / HIV	☐ Diabetes mellitus		
	☐ Asthma / COPD	☐ Arthrose		
	☐ Tuberkulose	☐ Blutungsneigung		
	☐ Gemütskrankheit	☐ Rheuma		
	☐ Reizdarm / Darmerkrankungen	☐ Osteoporose		
	☐ Migräne	☐ Sonstige:		
	☐ Glaukom			
	Neigen Sie zu:	☐ Gelenkschmerzen	☐ Traurigkeit	
		☐ Bauchschmerzen	☐ Müdigkeit	
☐ Erschöpfung		☐ Antriebslosigkeit		
☐ Atemnot		☐ Konzentrationsschwäche		
☐ Übelkeit, Erbrechen		☐ Appetitlosigkeit		
☐ Schwindel		☐ Gedächtnisschwäche		
☐ Trockener Scheide / Beschwerden beim Geschlechtsverkehr				
☐ Libido Störung trockene Haut				
Leiden Sie unter Schlafstörungen?		☐ gelegentlich	☐ täglich	☐ nein

3 Familiäre Anamnese

		Ja	Nein
Traten in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf?	☐ Bluthochdruck	☐ Thrombose	
	☐ Demenz / Alzheimer	☐ Asthma / COPD	
	☐ Herzerkrankungen	☐ Diabetes mellitus	
	☐ Schlaganfall		
Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen, besonders Brustkrebs und/oder Eierstockkrebs?		☐	☐
Wenn ja, wer und in welchem Alter?	_____		

4 Gynäkologische Anamnese

	Ja	Nein
Wann war Ihr letzter Frauenarztbesuch / letzte gyn. Vorsorge?		
Wurden Auffälligkeiten festgestellt?	☐	☐
Wurden Sie gegen HPV geimpft (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)?	☐	☐
Wann war Ihr letzte Unterbauchultraschall Untersuchung?		
Wurden Auffälligkeiten festgestellt?	☐	☐
Wann war die letzte Mammographie / Brustultraschalluntersuchung?		
Wurden Auffälligkeiten festgestellt?	☐	☐
Wann war eine Darmspiegelung?		
Wurden Auffälligkeiten festgestellt?	☐	☐
Besteht Ausfluss aus der Scheide?	☐	☐
Bestehen Schmerzen im Unterleib?	☐	☐
Bestehen Schmerzen beim Intimverkehr?	☐	☐
Bestehen Schmerzen beim Stuhlgang oder Wasserlassen?	☐	☐

5 Zyklus Anamnese

	Ja	Nein
Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Periodenblutung bekamen?		
Wann war der 1. Tag der letzten Periodenblutung?		
Wie viele Tage vergehen vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung (Zyklusdauer)?		
Wie viele Tage dauert Ihre Periodenblutung? (von Blutungsbeginn bis Blutungsende)		
Wie stark ist Ihre Blutung?	☐ Schwach ☐ Mittel ☐ Stark	
Haben Sie Beschwerden oder treten Blutungsstörungen vor oder während der Regelblutung auf?	☐	☐

6 Kinderwunsch und Schwangerschaft

	Ja	Nein
Sind Sie zurzeit schwanger?	☐	☐
Haben Sie derzeitigen Kinderwunsch?	☐	☐
Eventuell später?	☐	☐
Haben Sie Kinder geboren?	☐	☐
Wenn ja, in welchem Jahr? (S=Spontangeburt; K=Kaiserschnitt; G=Saugglocke)		
Traten während der Geburt oder Schwangerschaft Komplikationen auf?	☐	☐
Haben Sie gestillt?	☐	☐
Wenn ja, wie lange?		
Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt oder Schwangerschaftsabbruch?	☐	☐
Hatten Sie schon einmal eine Eileiterschwangerschaft?	☐	☐

7 Verhütung Anamnese

	Ja	Nein
Verhüten Sie derzeit?	☐	☐
Wenn Sie mit der Pille verhüten, mit welcher? _____		
Tragen Sie eine Spirale?	☐	☐
Welche und seit wann? _____		
Sind Sie mit Ihrer Verhütung zufrieden?	☐	☐

8 Wechseljahre Anamnese

	Ja	Nein
Haben Sie das Gefühl in die Wechseljahre zu kommen?	☐	☐
Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Regelblutung? _____		
Wann begann der Zyklus unregelmäßig zu werden, wie alt waren Sie da? _____		
Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?	☐ nein ☐ leicht ☐ belastend	
Nehmen Sie sonstige Hormone?	☐	☐
Welche? _____		

Bei Beschwerden fragen Sie bitte nach dem extra Anamnesebogen für die Wechseljahre

9 Weitere Fragen

Kontakt zu unserer Praxis durch:	☐ Empfehlung Arzt ☐ Empfehlung Familie ☐ Empfehlung Bekannte ☐ Sonstiges	☐ Zeitung ☐ Internet ☐ Praxisschild
----------------------------------	---	--

Datum _____

Unterschrift der Patientin _____