

✱ ✱ Anamnesebogen ✱ ✱

Dr. med. Dorothe Müller

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Elisabeth Stiftung Birkenfeld

Walter-Bleicker-Platz, 55765 Birkenfeld

Tel: 06782/9880042 Fax: 06782/9836578

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel: _____ Handy: _____

Geboren am: _____ Alter: _____ Jahre

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Regelblutung: ➤ Haben Sie eine unregelmäßige Periodenblutung? Nein Ja

➤ erste Regelblutung (Periode) mit _____ Jahren

➤ keine Regelblutung (Periode) seit dem _____ Lebensjahr

Anzahl der Kinder: _____

Geburtsjahr(e): _____	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zangengeburt	Geschlecht (m/w): _____
_____	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zangengeburt	Geschlecht (m/w): _____
_____	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zangengeburt	Geschlecht (m/w): _____
_____	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zangengeburt	Geschlecht (m/w): _____
_____	<input type="checkbox"/> Spontan	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Zangengeburt	Geschlecht (m/w): _____

Sind Fehlgeburten aufgetreten? Nein Ja, wann: _____

Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche? Nein Ja, wann: _____

Sind Sie zurzeit schwanger: Nein Ja, in der _____ Schwangerschaftswoche

Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung? _____

Wann war die letzte jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung? _____

Hatten Sie schon einmal einen auffälligen Vorsorgeabstrich? Nein Ja

Haben Sie die HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebs) erhalten? Nein Ja

Hatten Sie gynäkologische oder andere Operationen? Nein Ja

Wenn Ja, wann und welche? ➤ _____
➤ _____
➤ _____
➤ _____

Hatten Sie Brustkrebs / Eierstockkrebs / Gebärmutterhalskrebs? Nein Ja

Wenn ja, welchen Krebs? _____

Kommt / Kam in Ihrer Familie einer dieser Krebsarten vor? Nein Ja

Wenn ja, bei wem? _____

Leiden Sie unter internistischen Erkrankungen? (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenüber- oder -
unterfunktion, erhöhte Blutfettwerte, Hepatitis, Epilepsie, Leberzirrhose, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa,
Nierenunterfunktion,) Nein Ja, unter ➤ _____

➤ _____

Nehmen Sie Medikamente bzw. Hormone ein? Nein Ja, welche? ➤ _____

➤ _____

➤ _____

Leiden Sie unter Allergien: Nein Ja, unter _____

Wann war die letzte Mammographie (Röntgen der Brust)? ➤ _____

Wann war der letzte Brustultraschall? ➤ _____

Haben Sie derzeit Beschwerden? Nein Ja, welche? _____

Neigen Sie zu entzündl. Genitalerkrankungen bzw. Scheideninfektionen? Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja, ___ Zigaretten/Tag

Hatten Sie einen ➤ Herzinfarkt? Nein Ja

➤ Schlaganfall? Nein Ja

Haben Sie: ➤ eine Blutgerinnungsstörung? Nein Ja, welche? _____

➤ öfters Migräne/regelmäßige Kopfschmerzen? Nein Ja

➤ einen Herzfehler? Nein Ja, welchen? _____

➤ eine Herz-Kreislaufferkrankung? Nein Ja

➤ andere Schwerwiegende Erkrankungen? Nein Ja, welche? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name und Ort):

Darf Ihr Hausarzt einen Arztbrief von uns erhalten? Nein Ja

*** **Vielen Dank** ***