

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, Herzlich Willkommen!

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von grosser Wichtigkeit. Bitte beantworten Sie daher alle Fragen sorgfältig.

PERSÖNLICHE DATEN

Name Vorname Beruf

Geburtsdatum Größe Gewicht

Adresse

Telefon mobil beruflich

E-Mail

Hausarzt

SCHWANGERSCHAFTEN UND KINDER

Anzahl Fehlgeburten Anz. Schwangerschaftsabbrüche Anz. Eileiterschwangerschaften

Anz. Spontangeburt Anz. Kaiserschnitte Anz. Geburten mit Saugglocke/Zange

1. Kind (Jahr, Geburtsart, Schwangerschaftswoche, Gewicht, Komplikationen, Risiken)

2. Kind (Jahr, Geburtsart, Schwangerschaftswoche, Gewicht, Komplikationen, Risiken)

3. Kind (Jahr, Geburtsart, Schwangerschaftswoche, Gewicht, Komplikationen, Risiken)

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periode? Wann war Ihre letzte Periode?

Wie ist Ihr Zyklus (Zyklusabstand / Zykluslänge)?

Welche Art der Verhütung nutzen Sie?

ANAMNESEBOGEN

Welche Hauptbeschwerden haben Sie? Seit wann?

Welche Therapie(n) wurde(n) gegen Ihre Beschwerden bereits durchgeführt?

Leiden Sie zusätzlich noch unter anderen relevanten Beschwerden?

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung und Krebsvorsorgeuntersuchung?

Wurde bei Ihnen (seit 01.01.2020) ein Co-Test (Abstrich/Test auf HPV-Viren) durchgeführt?

Ja

Nein

Wurden Sie gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) geimpft?

Ja

Nein

Wann war die letzte Mammographie?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?

Hatten Sie auffällige Chlamydientests (ggf. wann)?

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (Name, Dosierung, etc., z.B. welche Pille)

Zeile 2 Medikamente

Zeile 3 Medikamente

ERKRANKUNGEN

Bitte erfassen Sie bisherige relevante Erkrankungen in zeitlicher Reihenfolge!

Zeile 2 Erkrankungen

Zeile 3 Erkrankungen

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Zeile 2 Allergien

RAUCHEN, ALKOHOL & DROGEN

Rauchen Sie (ggf. wie viel)?

Trinken Sie Alkohol? (z.B. regelmäßig, gelegentlich, nie)

Nehmen Sie zur Zeit Drogen oder haben Sie früher Drogen konsumiert? (Wenn ja, welche und wieviel?)

OPERATIONEN

Operationen? Wenn ja wann? (Sectio, Ausschabung, Blinddarm-Operation, Mandel-Operation etc.)

Zeile 2 Operationen

FAMILIENANAMNESE

Erkrankungen der Familie: z.B. Thrombose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Embolie, Bluthochdruck, Diabetes, Krebserkrankung, Asthma, Allergien, psychiatrische Erkrankungen? Ggf. Todesursache (mit Altersangabe):

Eltern

Zeile 2 Eltern

Geschwister

Zeile 2 Geschwister

Großeltern

Zeile 2 Großeltern

Datum und Unterschrift

WICHTIG

Bittell füllen Sie den Anamnesebogen vor Ihrem Arztbesuch aus und bringen ihn zum Termin mit.
Bitte bringen Sie behandlungsrelevante Untersuchungsergebnisse (Labor, Arztbriefe, fachärztliche Befunde) zum Termin mit.