

Anamnesebogen



DR. STEFANIE ZINGERLE
FACHÄRZTIN FÜR FRAUENHEILKUNDE
UND GEBURTSHILFE

Sehr geehrte Patientin,
mein Team und ich heißen Sie herzlich in der Praxis willkommen!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ruhe und möglichst genau, da diese für Ihre weitere Behandlung wesentlich sind. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, so besprechen Sie diese Frage mit einer meiner Mitarbeiterinnen. Bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Ihre Stefanie Zingerle

Kontakt Daten

NAME	_____	VORNAME	_____
GEBURTSDATUM	_____	TELEFON	_____
FAMILIENSTAND	_____	EMAIL	_____
ARBEITGEBER	_____	BERUF	_____

Vorsorge - wann war die letzte:

• Krebsvorsorgeuntersuchung	_____	• Darmspiegelung	_____
• Mammographie	_____		

Verhütung

Womit verhüten Sie aktuell? _____

Periode

ist die Periode:

• Alter bei der ersten Periode	_____	• regelmäßig?	JA	NEIN
• Datum der letzten Periode	_____	• schmerzhaft?	JA	NEIN
• Abstände der Regelblutung	_____	• sehr stark?	JA	NEIN

Schwangerschaften

• Anzahl Schwangerschaften	_____	• Anzahl Fehlgeburten	_____	
• Anzahl Kaiserschnitte	_____	• Anzahl Abbrüche	_____	
• Anzahl Spontangeburt	_____	• Gab es Komplikationen?	_____	
• Sind Sie aktuell schwanger?	JA	NEIN	Schwangerschaftswoche	_____
• Besteht aktuell Kinderwunsch?	JA	NEIN		

BITTE WENDEN

Vorerkrankungen

- Sind Vorerkrankungen bekannt? _____
- Hatten Sie jemals eine Krebserkrankung? _____

Medikamente

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? NEIN JA: _____
- Nehmen Sie Hormone? NEIN JA: _____

weitere Vorgeschichte

- Hatten Sie gynäkologische Operationen? _____
- Hatten Sie andere Operationen? _____
- Hatten Sie jemals eine Bestrahlung? _____
- Hatten Sie jemals eine Chemotherapie? _____
- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? _____

- | | | | |
|--|---------|----------------------------------|---------|
| • Bestehen Probleme mit der Kontinenz? | JA NEIN | • Wechseljahresbeschwerden? | JA NEIN |
| • Sind Sie zufrieden mit Ihrer Sexualität? | JA NEIN | • Rauchen Sie? | JA NEIN |
| • Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | JA NEIN | • Konsumieren Sie Drogen? | JA NEIN |
| • Hatten Sie schon eine Thrombose? | JA NEIN | • Hatten Sie schon eine Embolie? | JA NEIN |
| • Hatten Sie Windpocken? | JA NEIN | • Sind Sie gegen HPV geimpft? | JA NEIN |

Familiengeschichte

KOMMT IN IHRER FAMILIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN VOR? WENN JA, BEI WEM?

- | | |
|---|--------------------------|
| • Brustkrebs _____ | • Gebärmutterkrebs _____ |
| • Eierstockkrebs _____ | • Darmkrebs _____ |
| • Andere Krebserkrankungen _____ | |
| • gibt es in Ihrer Familie Thrombose/Embolie? _____ | |
| • Gibt es in Ihrer Familie Behinderungen? _____ | |

aktueller Grund Ihres Besuches

Ort, Datum

Unterschrift

MÖCHTEN SIE ÜBER VORSORGETERMINE INFORMIERT WERDEN? JA NEIN