



Frauenarztpraxis Anja Anton  
Blaue Wiese 4  
18356 Barth

☎ 038231 / 3110  
📠 038231 / 77423  
✉ info@frauenarztpraxis-barth.de  
www.frauenarztpraxis-barth.de

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihren Gesundheitsstatus zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Regelblutung:            erste Regel mit \_\_\_\_\_ Jahren

                                  letzte Regel mit \_\_\_\_\_ Jahren

Ist (oder war) die Periode regelmäßig: ja, alle \_\_\_\_\_ Tage

                                  Nein, \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann? (Sie können aber auch gerne zu Ihrem nächsten Besuch den Impfausweis mitbringen.)

Masern, Mumps, Röteln: \_\_\_\_\_

HPV: \_\_\_\_\_

Grippe /Influenza: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte gyn. Untersuchung? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Krebsvorsorge? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Mammographie? \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit Beschwerden?

nein             ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktuelle Verhütungsmethode: \_\_\_\_\_

Eigene Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Allgemeine Operationen: \_\_\_\_\_

Gynäkologische Operationen: \_\_\_\_\_

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Geburten:

Jahr	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geschlecht	Geburtsgewicht	Komplikationen

Fehlgeburten: \_\_\_\_\_ Schwangerschaftsabbrüche: \_\_\_\_\_ Eileiterschwangerschaften: \_\_\_\_\_

Konsum von: (bitte ankreuzen)

	früher	nie	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin				
Alkohol				
Drogen				

Ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_

Schlaganfall: \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

Krebs: \_\_\_\_\_

Wir haben in unserer Praxis ein Recall-System (Erinnerungs-Service an Vorsorgeuntersuchungen) eingerichtet. Wird von Ihnen eine schriftliche Erinnerung gewünscht, dann erteilen Sie bitte Ihre Zustimmung.

Ja / Nein       per Post       per Email      Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

**Ihr Praxisteam**