



Dr. med. Daniela Müller

Fachärztin
für Frauenheilkunde

Liebe Patientin,

für eine richtige Beratung und Behandlung sind bestimmte Informationen für uns sehr wichtig, die wir in einem Anamnesebogen abfragen. Natürlich sind alle Angaben vertraulich. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum Ersttermin mit. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Name: Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Körpergröße: Körpergewicht:

Familienstand:

Zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:

Telefon privat: Handy:

E-Mail:

Hausarzt, Name: Ort:

Regelblutung (Periode) 1. Tag der letzten Periode:

Erste Regelblutung mit Jahren

Keine Regelblutung mehr seit Jahren

Ist oder war die Regelblutung regelmäßig? Ja, alle Tage Nein

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft, und wenn ja, wann erfolgte die letzte Impfung?

Hepatitis A Hepatitis B

Tetanus Diphtherie

Polio Tuberkulose

HPV Keuchhusten

Masern, Mumps, Röteln (MMR) Sonstige (Grippe, Influenza)

Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung:

Wann war die letzte Krebsvorsorge:

Wann war die letzte Mammografie/Brustultraschall:

Haben Sie derzeit Beschwerden? Nein

Ja, welche:

Verhütungsmethoden, die Sie bisher angewandt haben:

Methoden: Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondom ect.

Methode von bis

Methode von bis

Eigene Erkrankungen:

(z.B. Bluthochdruck, Gerinnungsstörung, Thrombose, Embolie, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung, Krebsleiden)

.....
.....



Ernsthafte Erkrankungen in der Familie:
Verwandschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)

Erkrankung: (Darmkrebs, Thrombose, Embolie, Diabetes,
Blutgerinnungsstörung, Erbkrankheiten)

.....
.....

Allgemeine Operationen: (z.B. Blinddarm)
Datum:

Art des Eingriffs:

.....
.....

Gynäkologische Operationen: (z.B. Ausschabung, Brust)
Datum:

Art des Eingriffs:

.....
.....

Geburten:

Datum:

Geburtsart:

(spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke)

Geburtsgewicht:

Komplikationen:

.....
.....

Fehlgeburten/Eileiterschwangerschaften/Schwangerschaftsabbrüche:

Datum:

Fehlgeburt:

Abbruch:

Eileiterschwangerschaft
Seite (rechts/links)

.....
.....

Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch?

Ja, seit Nein

Sind Sie im Moment schwanger, oder vermuten Sie schwanger zu sein?

Ja Nein

Wenn ja, wann war der 1. Tag der letzten Periode?

.....

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament:

Dosis:

seit:

.....
.....

Allergische Reaktionen/Allergien:

Nein

Ja, auf

.....

Konsum von

früher

gelegentlich

regelmäßig (ankreuzen)

Nikotin:

Alkohol:

Drogen:

Sonstiges:

.....

Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe
Ihr Praxisteam