

FB A03 Allgemeine Anamnese

Patientin

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon-Nr. _____

Handy-Nr. _____

Krankenkasse _____

E-Mail-Adresse _____

Nationalität _____

Ausgeübter Beruf _____

Verheiratet nein ja

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Zyklusanamnese

Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. _____ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit _____

Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn, Vorschmierblutungen

Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach, mittel, stark

Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein, ja, schon immer, ja seit _____

Wann begann die letzte Periodenblutung?

_____ (Tag, Monat, Jahr)

Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. _____ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu _____ Tagen

Zyklus verkürzt auf _____ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit _____

Gynäkologische Anamnese

Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

Antibabypille (Ovulationshemmer)

von _____ bis _____ (Jahr)

Welche Pille haben Sie benutzt?

Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

Spirale von _____ bis _____

Welche Spirale haben Sie benutzt?

Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

Wann war die letzte Krebsvorsorge?

_____ (Monat, Jahr)

Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja Nein

Wann war die letzte Mammographie?

Haben Sie eine vollständige HPV Impfung, gegen Gebärmutterhalskrebs?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr _____

Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr _____, wie behandelt? _____

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr _____, wie behandelt? _____

Entzündungen der Eileiter, Jahr _____, wie behandelt?

Bitte wenden – Seite 1 von 2

- Entzündungen der Eierstöcke, Jahr _____, wie behandelt? _____
- Zysten der Eierstöcke, Jahr _____, wie behandelt? _____
- Endometriose, Jahr der ersten Diagnose _____, wie behandelt? _____
- Myome, Jahr der ersten Diagnose _____, wie behandelt? _____
- bösartige gynäkologische Erkrankungen
Wenn ja, welche? _____, wie behandelt? _____

Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

- Kopfschmerzen: zyklusabhängig, nicht zyklusabhängig
- Muskel- und Gelenkschmerzen
- Rückenschmerzen
- Unterleibsschmerzen: zyklusabhängig, nicht zyklusabhängig

Schwangerschaften

Waren Sie schon einmal schwanger?

- nein
 ja

Wann waren die Geburten?

Allgemeine Anamnese

Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

Erkrankungen bekannt:

- Schilddrüsenerkrankungen: _____ (Jahr)
- Zuckerkrankheit: _____ (Jahr)
- Fettstoffwechselstörungen: _____ (Jahr)
- Bluthochdruck: _____ (Jahr)
- Nebennierenerkrankung: _____ (Jahr)
- Lebererkrankung: _____ (Jahr)
- Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: _____ (Jahr)
- Nierenerkrankung: _____ (Jahr)
- Bösartige Erkrankungen: _____ (welche?) _____ (Jahr)
- andere Tumorerkrankungen: _____ (welche? Jahr?)
- Lungenerkrankungen: _____ (Jahr)
- Magen-Darm-Erkrankungen: _____ (Jahr)
- Neurologische Erkrankungen: _____ (Jahr)
- Erkrankungen des Blutes: _____ (Jahr)
- Autoimmunerkrankungen: _____ (Jahr)
- Seelische Erkrankungen: _____ (Jahr)
- Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- nein ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat _____
Menge _____
Einnahme seit _____ (Jahr)

Präparat _____
Menge _____
Einnahme seit _____ (Jahr)

Präparat _____
Menge _____
Einnahme seit _____ (Jahr)

Sind Allergien bekannt?

- nein ja

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie bereits Operationen?

- nein

- ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP _____ Jahr _____

OP _____ Jahr _____

OP _____ Jahr _____

OP _____ Jahr _____

Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

- Brustkrebs Ovarialkrebs Darmkrebs

Sonstige: _____

Rauchen Sie

- ja nein

1 – 5 Zig/Tag, 5 – 15 Zig/Tag,

mehr als 15 Zig/Tag

Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. _____ Jahre

Trinken Sie Alkohol?

- selten oder nie, gelegentlich, regelmäßig

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Schlamberger	Geändert durch: Kopp	Version 5
Datum: 16.03.2010	Datum: 16.11.21	Datum: 15.11.21	