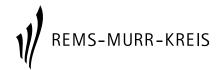






Anamnesebogen Gynäkologie

Persönliche Angaben				
Nachname	Vorname	Geburtsname		
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort Krankenkasse			
Straße, Hausnummer	PLZ Ort			
Telefonnummer	Weitere Telefonnummern			
	*			
Angabe zu behandelnden	Arzten			
Hausärztin/-arzt	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort		
Sollen wir Ihre Hausärztin/-arz	rt über das Ergebnis informiere	n? Falls JA, bitte ausfüllen:		
JA NEIN				
Angaben zum Partner				
Nachname, Vorname				
Straße, Hausnummer	PLZ Ort			
Beruf	Telefonnummer	1		





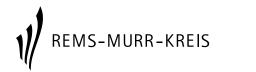


Anamnesebogen Gynäkologie

Medizi	inische Angabe	n				
Gynäko	logische/ geburts	hilfliche	Vorges	chichte		
Letzte P	eriode (Datum/Jah	ır):				
Perioder	nblutung in regelm	äßigen A	bständer	n: □ Ja □ Nein		
Wenn ja	, in welchen Abstä	nden?				
Dauer Ih	nrer Periodenblutur	ng:		age		
Verhütui	ng:					
□ Pille, v	velche?					
□ Kondo	ome					
□ Spirale	e, welche?					
□ Keine	Verhütung					
Wenn S	ie in den Wechselj	ahren sin	d, nehm	en Sie Hormor	ne ein? □ Ja ː	□ Nein
Wenn ja	, welche?					
Jahr	Sponton	Klinik	SSW	lungo/	Gewicht	Besonderheiten/
Jaili	Spontan Vakuum/Zange	MIIIIK	3300	Junge/ Mädchen	Gewicht	Komplikationen
	Kaiserschnitt					
Regelma	äßige gynäkologisc	che Vorso	orge? 🗆 J	a, zuletzt am:		□ Nein
Hatten S	Sie schon einmal e	ine Mamr	mograph	ie? □ Ja, zulet	zt am:	□ Nein
Voraus	gegangene Gebur	ten				

Vorausgegangene Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften:

Jahr	Fehlgeburt SS- Abbruch EUG	Klinik	SSW	Ausschabung	Besonderheiten/ Komplikationen

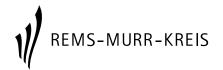


 $\quad \square \ \, \text{Nein}$





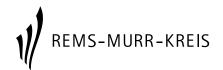
F		Anamnesek	ogen Gynä	kologie	T
	1	1	l	1	1
Haben Sie K	inder mit sch	veren Erkrank	kungen und/c	der Fehlbildung	gen?
□ Nein					
□ Ja, folgend	е				
Bluthochdrud	_	chaftsdiabetes	s, Plazenta prá	(z.B. vorzeitige \ ivia, Plazentahär	Wehen, matom, Blutungen
Eigene Erkra	ankungen				
□ Nieren	□ Bluthochdru	ıck □ Sch	ilddrüse	□ Herz	□ Zucker
□ Lunge	□ Leber	□ Krampfade	rn 🗆 Ps	ych. Erkrankunge	en
□ Magenbes	chwerden	□ Osteoporos	se		
therapiebedü	ırftige Depressi	on, Gerinnung	sstörung, Erkı	Bluthochdruck, I rankungen an Sc t mit Hb-Wert < 9	hilddrüse, Herz,
Blutdruckme		ılin, Aspirin od	er sonstige Bl		idepressiva oder
	_	,		gen falls vorhand Pflaster, Latex,	•
Blutgruppe:					
Größe (in cn	n):				
Gewicht (in	kg):				
Rauchen Sie?					



Familienanamnese











Anamnesebogen Gynäkologie

Gibt es in Ihrer Familie oder der Familie Ihres Partners Erkrankungen? (z.B. Fehlbildungen, Syndrome, schwere Erkrankungen im Kindesalter, Diabetes, Krebs, Herzerkrankungen, Erkrankungen an anderen Organen,) Bitte teilen Sie uns sonstige in Ihren Augen wichtigen Informationen mit und/oder sprechen Sie uns bei Fragen gerne an.				
Ort/ Datum:	Unterschrift der Patientin:			