

## Anamnesebogen Gynäkologie

### Persönliche Angaben

Nachname	Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefonnummer	Weitere Telefonnummern	

### Angabe zu behandelnden Ärzten

Hausärztin/-arzt	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Sollen wir Ihre Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren? Falls JA, bitte ausfüllen:		
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		

### Angaben zum Partner

Nachname, Vorname		
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Beruf	Telefonnummer	

## Anamnesebogen Gynäkologie

### Medizinische Angaben

#### Gynäkologische/ geburtshilfliche Vorgeschichte

Letzte Periode (Datum/Jahr): .....

Periodenblutung in regelmäßigen Abständen:  Ja  Nein

Wenn ja, in welchen Abständen? .....

Dauer Ihrer Periodenblutung: .....Tage

Verhütung:

Pille, welche? .....

Kondome

Spirale, welche? .....

Keine Verhütung

Wenn Sie in den Wechseljahren sind, nehmen Sie Hormone ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

Jahr	Spontan Vakuum/Zange Kaiserschnitt	Klinik	SSW	Junge/ Mädchen	Gewicht	Besonderheiten/ Komplikationen

Regelmäßige gynäkologische Vorsorge?  Ja, zuletzt am: .....  Nein

Hatten Sie schon einmal eine Mammographie?  Ja, zuletzt am: .....  Nein

#### Vorausgegangene Geburten

#### Vorausgegangene Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften:

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



### Anamnesebogen Gynäkologie


#### Haben Sie Kinder mit schweren Erkrankungen und/oder Fehlbildungen?

- Nein
- Ja, folgende

**Gab es in dieser Schwangerschaft Komplikationen?** (z.B. vorzeitige Wehen, Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes, Plazenta prävia, Plazentahämatom, Blutungen ab der 20.SSW, Auffälligkeiten im Ultraschall,...)

#### Eigene Erkrankungen

- Nieren       Bluthochdruck       Schilddrüse       Herz       Zucker
- Lunge       Leber       Krampfadern       Psych. Erkrankungen
- Magenbeschwerden       Osteoporose

**Sind bei Ihnen weitere Erkrankungen bekannt?** (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, therapiebedürftige Depression, Gerinnungsstörung, Erkrankungen an Schilddrüse, Herz, Lunge, Leber, Niere, Gehirn oder Wirbelsäule, Blutarmut mit Hb-Wert < 9mg/dl,...)

**Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?** (z.B. Magnesium, Eisen, Iod, Blutdruckmedikamente, Insulin, Aspirin oder sonstige Blutverdünner, Antidepressiva oder sonstige Psychopharmaka, Schilddrüsenmedikamente,...)

**Leiden Sie unter Allergien?** (bitte Allergiepass mitbringen falls vorhanden) z.B. Medikamente, Schmerz- und Narkosemittel, Antibiotika, Pflaster, Latex, ...

**Blutgruppe:** \_\_\_\_\_

**Größe (in cm):** \_\_\_\_\_

**Gewicht (in kg):** \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie?

- Nein

### Anamnesebogen Gynäkologie

Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

#### Trinken Sie Alkohol?

Nein

Ja, \_\_\_\_\_ (bitte Substanz, Menge und Häufigkeit angeben)

#### Nehmen Sie Drogen?

Nein

Ja, \_\_\_\_\_ (bitte Substanz, Menge und Häufigkeit angeben)

#### Wurden Sie schon einmal operiert?

(z.B. Gebärmutteroperationen wie Ausschabungen, Myomabtragungen, Konisationen, sonstige Unterleibsoperationen, Blinddarm, Mandeln, Magen- oder Darmoperationen...)

Jahr	Art der OP	Kliniken	Vollnarkose/ Lokale Betäubung	Besonderheiten/ Komplikationen

#### Haben Sie schon einmal Bluttransfusionen erhalten?

Nein

Ich lehne Bluttransfusionen ab

Ja

- Warum? \_\_\_\_\_

- Wann? \_\_\_\_\_

- Gab es Komplikationen? \_\_\_\_\_

#### Familienanamnese



REMS-MURR-KREIS



MEDIZINISCHES  
VERSORGUNGSZENTRUM  
Rems-Murr-Kliniken  
Rems-Murr-Kreis



Rems-Murr-Kliniken

### **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: \_\_\_\_\_