



Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt nach bestem Wissen zu beantworten. Dies soll das persönliche Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt selbstverständlich nicht ersetzen, sondern dient ausschließlich der Optimierung des Behandlungsablaufes.

(Patientenaufkleber)

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Alter: _____ aktuelle Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg Beruf: _____

Handy-Nummer _____ Email-Adresse: _____

Wie sind Sie versichert?

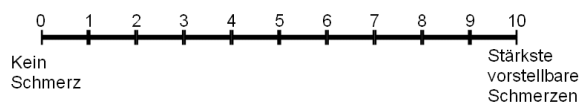
gesetzlich versichert ja ☐ nein ☐ privat versichert ja ☐ nein ☐ stationär mit Chefarztbehandlung ja ☐

Rauchverhalten: _____ tgl. (Anzahl) früher ☐ nie ☐ Alkohol: nie ☐ wenig ☐ regelmäßig ☐ häufig ☐

Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt/Frauenärztin? Wer soll einen Arztbrief erhalten?

Beschwerden/Symptome (nicht Diagnose)

Haben Sie Schmerzen?



Haben Sie Allergien?

Keine ☐

(z. B. gegen Latex, Medikamente, Penicillin, Pflaster, Gräser, Pollen)



Gynäkologische Anamnese

Letzte Mammographie: _____ / _____ Wo? _____
Monat Jahr

Letzter Krebsabstrich: _____ / _____ Wo? _____
Monat Jahr

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Nein ☐ wenn ja, wann ? _____

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? normal ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Schmerzen ☐

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? normal ☐ häufig ☐ Schmerzen ☐ blutig ☐ Urinverlust ☐

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode? _____ Jahre

Wenn Sie Ihre Periode noch bekommen:

1. Tag der letzten Periode:.....

Zyklusdauer: BlutungsdauerTage / Zyklusdauer..... Tage regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐

Zwischenblutungen: ja ☐ nein ☐ Blutungsstärke: stark ☐ mittel ☐ schwach ☐

Wie verhüten Sie? ☐ Pille (Name) _____ ☐ Spirale (Name) _____
☐ Kondom ☐ Sonstiges _____
☐ Partner ist sterilisiert ☐ gar nicht

Wenn Sie Ihre Periode nicht mehr bekommen:

Wie alt waren Sie bei ihrer letzten Periode? _____ Jahre

Schwangerschaften / Fehlgeburten

Wie oft sind Sie schwanger gewesen? _____ (Gesamtzahl der Schwangerschaften bitte eintragen)

Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____ (Kinder) vaginal: _____ Kaiserschnitt: _____

Fehlgeburten _____ Anzahl Keine ☐

Schwangerschaftsabbrüche _____ Anzahl Keine ☐

Standard Gynäkologie Anamnesebogen deutsch



St. Louise
Frauen- und Kinderklinik
Paderborn

Operationen Keine ☐				
Wann Monat / Jahr	wo	Erkrankung	Operation	Komplikation
1.				Keine ☐
2.				Keine ☐
3.				Keine ☐
4.				Keine ☐

Erkrankungen Keine ☐ (z.B. Herz, Bluthochdruck, Lunge, Magen/Darm, Zucker, Schilddrüse, Niere, Krebs, Nervensystem etc.)			
	keine	bekannt seit Monat/Jahr	welche?
Herz			
Bluthochdruck			
Schlaganfall			
Lunge			
Magen / Darm			
Zucker			
Schilddrüse			
Niere			
Krebs			
Nervensystem			
Blutgerinnungsstörungen			
Thrombosen/Embolien			
andere Erkrankungen			

Infektionskrankheiten			
• HIV			
• Hepatitis B			
• Hepatitis C			
• andere			
• Geschlechtskrankheiten			
• andere			

Standard Gynäkologie Anamnesebogen deutsch



St. Louise
Frauen- und Kinderklinik
Paderborn

Medikamentenname mit Dosierung (z.B. mg)	morgens	mittags	nach- mittags	abends	seit wann Monat / Jahr
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Die häusliche Medikation kann übernommen werden ☐ Hdz Ärztin/Arzt _____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

	☐ nein	☐ ja	Wer ist erkrankt (Vater, Mutter, Schwester, Bruder, Kinder, Großeltern, Tanten, Onkel?)	In welchem Alter ist das jüngste Familienmitglied erkrankt?
Thrombose/Embolien	☐ nein	☐ ja	_____	_____ Jahre
Bluthochdruck	☐ nein	☐ ja	_____	_____ Jahre
Herzinfarkt	☐ nein	☐ ja	_____	_____ Jahre
Schlaganfall	☐ nein	☐ ja	_____	_____ Jahre
Zucker	☐ nein	☐ ja	_____	_____ Jahre
Brustkrebs	☐ nein	☐ ja	_____	_____ Jahre
Unterleibskrebs				
_____ (bitte angeben welcher)	☐ nein	☐ ja	_____	_____ Jahre
Sonstiger Krebs				
_____ (bitte angeben welcher)	☐ nein	☐ ja	_____	_____ Jahre
Sonstige Erkrankung				
_____ (bitte angeben welche)	☐ nein	☐ ja	_____	_____ Jahre

Datum _____

Unterschrift Patientin/Patient _____

Unterschrift Ärztin/Arzt _____