

Klinik / Praxis



Patientendaten:

**Sehr geehrte Patientin,**

bitte füllen Sie vor dem Gespräch mit dem Arzt die folgenden Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese) sorgfältig aus und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Ihre Informationen sind wichtige Hinweise und helfen dem Arzt die Ursache Ihrer Beschwerden zu finden und die richtigen Untersuchungen bzw. Behandlungen auszuwählen. Falls Sie bei bestimmten Fragen mehr Platz für die Beantwortung benötigen, nutzen Sie bitte die zusätzlichen Schreiblinien am Ende des Bogens.

**Alter:** \_\_\_\_\_ **Jahre, Gewicht:** \_\_\_\_\_ **kg, Größe:** \_\_\_\_\_ **cm, Beruf:** \_\_\_\_\_  
(ggf. ehemalige berufliche Beschäftigung, falls im Ruhestand)

**Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt?** \_\_\_\_\_

**An welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?** \_\_\_\_\_

**Wurden Sie in der letzten Zeit ärztlich behandelt?**  ja  nein  
 Wenn ja, weswegen? \_\_\_\_\_

**Haben Sie noch Ihre Monatsblutung?**  ja  nein

**Ist Ihre Monatsblutung regelmäßig?**  ja  nein

**Blutungsdauer in Tagen:** \_\_\_\_\_

**Zwischenblutungen?**  ja  nein

**Blutungsstärke:**  stark  mittel  schwach

**Wann war Ihre letzte Regelblutung?** \_\_\_\_\_

**Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Monatsblutung?** \_\_\_\_\_

**Waren Sie schon einmal schwanger?**  ja  nein

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon eine oder mehrere Geburten?**  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt?**  ja  nein

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch?**  ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Wurden Sie bereits früher operiert?**  ja  nein

Wenn ja, weswegen und wann? \_\_\_\_\_

**Angaben zur Medikamenteneinnahme:**

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?

ja  nein

Aspirin® (ASS),  Heparin,  Marcumar®,  Plavix®,  Xarelto®,  Pradaxa®,  Ticlopidin,  Clopidogrel.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Einnahme? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie andere Medikamente ein?** ja  nein

Wenn ja, bitte auflisten: \_\_\_\_\_

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

**Familiäre Vorbelastung?** ja  nein

Erkrankungen	hoher Blutdruck	Schlaganfall	Herzinfarkt	Zucker (Diabetes)	Krebs
<b>der Mutter</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____					
<b>des Vaters</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____					
<b>der Geschwister</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____					
<b>der Kinder:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____					

**Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?** \_\_\_\_\_**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt?** ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Verhüten Sie mit der Kupfer- oder Hormonspirale?** ja  nein**Verhüten Sie mit hormonhaltigen Verhütungsmitteln wie z. B. „Stäbchen“, 3-Monatsspritze?** ja  nein

Wenn ja, mit welchem? \_\_\_\_\_

**Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:****Allergie/Überempfindlichkeit?** ja  nein

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medikamente  | <input type="checkbox"/> Lebensmittel                             |
| <input type="checkbox"/> Kontrastmittel   | <input type="checkbox"/> Jod                                      |
| <input type="checkbox"/> Pflaster   | <input type="checkbox"/> Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon) |
| <input type="checkbox"/> Pollen (Gräser, Bäume)   | <input type="checkbox"/> Betäubungsmittel,                        |
| <input type="checkbox"/> Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, beim Tragen von Modeschmuck oder an Hosennieten) |   |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten?** ja  nein

- |                                    |                                      |                              |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> HIV |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?** ja  nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

**Lebensgewohnheiten:****Rauchen Sie?** Wenn ja, was und wie viel täglich: \_\_\_\_\_  ja  nein**Haben Sie früher geraucht?** Wenn ja, wie viele Jahre? \_\_\_\_\_  ja  nein**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?** ja  nein 1-2 mal,  3-5 mal,  6-7 mal pro Woche, 1/2 ltr. Bier oder 1/4 ltr. Wein oder 1 Schnaps,  1 ltr. Bier oder 1/2 ltr. Wein oder 2 Schnäpse,  mehr**Nehmen oder nahmen Sie früher Drogen?** Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

**Zusätzliche Anmerkungen:**

---

---

---

---

**Ergänzungen des Arztes:**

---

---

---

---

Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin