

Pat. Nr.: _____

bereits gescannt ja nein

Anamnese Fragebogen

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Grösse: _____ Gewicht: _____ Geburtsdatum: _____

1. Was ist der Anlass dieses Arztbesuchs?

2. Waren Sie früher schon einmal bei einer Frauenärztin / Frauenarzt?

Ja Nein Wenn ja, wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung? _____

Hatten Sie jemals kontrollbedürftige Befunde? Ja Nein

Für etwaige Anforderungen von Vorbefunden:

Wo waren Sie zuletzt in frauenärztlicher Betreuung? _____

3. Regelblutung

Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung? _____

Datum des 1. Tag der letzten Regelblutung: _____

Kommt die Periode regelmässig? Ja Nein

Wie viele Tage bluten Sie? _____

Periodenstärke: schwach mittel stark sehr stark

Beschwerden während der Periode: schwach mittel stark sehr stark

4. Sind Sie in der Menopause?

Ja Nein Wenn ja, seit wann? _____

Hatten Sie Hormone in der Menopause? _____

5. Mit welcher Methode verhüten Sie?

- keine Pille Kondom Hormonspirale Kupferspirale
 Stäbchen Vaginalring Hormonspritze anderes: _____

6. Hatten Sie schon einmal eine Mammographie?

- Ja Nein Wenn ja, wann? _____
Wo? _____

7. Haben Sie Allergien?

- Ja Nein Wenn ja, gegen was? _____

8. Rauchen Sie?

- Ja Nein Wie viele Zigaretten täglich? _____

9. Nehmen Sie regelmässig Medikamente?

- Ja Nein Wenn ja, welche? _____

10. Waren Sie schon einmal/sind Sie ernsthaft krank?

- Ja Nein
- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Herz-Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Thrombose | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Migräne | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Leber-Gallenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |

11. Waren Sie schon einmal schwanger?

Ja Nein Falls ja: Angaben zu den Schwangerschaften:

Wann	Geburtsgewicht des Kindes	Frühgeburt/Übertragen? Probleme in Schwangerschaft/ bei der Geburt, normale operative Entbindung?

12. Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja Nein Wenn ja, was / wann?

13. Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) vollständig geimpft?

Ja Nein

14. Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen?

Ja Nein

Falls ja: wer?

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Sonstiger Krebs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____

15. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!