



Anamnesebogen

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

E-Mail _____ Telefon _____

Anschrift _____

Größe _____ Gewicht _____ BMI _____

Letzte gynäkologische Vorsorge _____

Sind Sie gegen HPV geimpft? ☐ Ja ☐ Nein

Wann war Ihre letzte Periode _____

Ist Ihre Periode regelmäßig ☐ Ja ☐ Nein

Stärke

Ist Ihre Periode schmerzhaft? ☐ Ja ☐ Nein

Schwangerschaft

Bisherige Anzahl Schwangerschaften _____
(inkl. Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbruch)

Bei Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüchen: Gab es Ausschabungen? ☐ Ja ☐ Nein

Geburten

Name des 1. Kindes _____

Geburtsdatum _____ Geburtsgewicht _____

Geburtsart (spontan/vaginal, Zange/Saugglocke, Kaiserschnitt) _____

Besonderheiten bei der Geburt? (z. B. Dammriss/-schnitt) _____

Probleme in den Schwangerschaften
(z. B. Diabetes, Präeklampsie „Schwangerschaftsvergiftung“,
Bluthochdruck, Frühgeburt) _____

Name des 2. Kindes _____

Geburtsdatum _____ Geburtsgewicht _____

Geburtsart (spontan/vaginal, Zange/Saugglocke, Kaiserschnitt) _____

Besonderheiten bei der Geburt? (z. B. Dammriss/-schnitt) _____

Probleme in den Schwangerschaften
(z. B. Diabetes, Präeklampsie „Schwangerschaftsvergiftung“,
Bluthochdruck, Frühgeburt) _____



Haben Sie akute oder chronische Krankheiten? (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenunterfunktion)

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie Allergien?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie Migräne? Mit/Ohne Aura

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine familiäre Thromboseneigung?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sind Sie schon einmal operiert worden?

1) Gynäkologisch (z. B. Brust, Unterbauch, Ausschabung)

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

2) Allgemein

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig gynäkologische Hormone ein? (z. B. Pille, Hormonersatztherapie)

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie gehäuft Krebserkrankungen / andere Erkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie Probleme mit Stuhl- oder Harninkontinenz?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben?

☐ Ja ☐ Nein

Wie verhüten Sie? _____

Rauchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐ Ja ☐ Nein

Konsumieren Sie Drogen?

☐ Ja ☐ Nein