


Frauenarztpraxis Heussweg Heußweg 37 , 20255 Hamburg	
Anamnesebogen	

Liebe Patientin!

**Bitte beantworten Sie uns diese Fragen, damit wir Sie optimal behandeln können.
Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.**

Name:..... Geburtsdatum:.....

Straße, PLZ:, Stadt

Telefon:..... E-Mail:.....

behandelnder Gynäkologe
(falls Sie mit Überweisung kommen):.....

Grund des Termins (aktueller Befund).....

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/Symptome festgestellt?

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Blutungsstörungen? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Bluthochdruck? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Zuckerkrankheit? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Erkrankung der Schilddrüse? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Herzkrankung? (Herzrhythmusstörung?) | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Hatten Sie schon mal eine Thrombose? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Hatten oder haben Sie ein Krebsleiden? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Hatten Sie Schwangerschaften? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| Migräne? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |

Größe: cm Gewicht: kg

Geburten? Wann?

Fehlgeburten?..... Schwangerschaftsabbrüche? :.....

Verhütungsmethode? Spirale Pille andere:.....
Sind andere Erkrankungen bekannt? nein ja

Welche:.....
Sind Sie schon mal operiert worden? nein ja

Wann? Was?.....
Rauchen Sie? nein ja
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? nein ja

Welche?.....
Immunsuppression? nein ja
Nehmen Sie Medikamente ein? (auch Pille) nein ja

Welche?.....
Impfungen (HPV geimpft?) nein ja
Gibt es ein HPV-Testergebnis? nein ja

Wann war der 1. Tag der letzten Regelblutung?

Bestehen oder bestanden in Ihrer Blutverwandtschaft:
Herz-Kreislauf-Erkrankungen? nein ja
(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)
Krebserkrankungen? nein ja

Bitte bedenken Sie einen vereinbarten Termin binnen 24 Stunden vorher abzusagen, sonst können wir Anspruch auf Ausfallkosten geltend machen.

Datum:..... Unterschrift:.....