Standard Gynäkologie
Anamnesebogen deutsch

St. Vincenz Kliniken
Salzkotten + Paderborn

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)

Bitte füllen Sie jeden Punkt auf den 4 Seiten aus

Persönliche Daten

Name:_____ Vorname:_____ Geb.Datum_____ Alter:_____

aktuelle Größe:_____cm aktuelles Gewicht:_____ kg Beruf: _____

Handy-Nummer_____ Tel.Nr. Angehörige:_____

Email-Adresse:_____

Wie sind Sie versichert?	**Gesetzlich** ❍ Ich habe eine private Zusatzversicherung: Nein ❍ Ja ❍ ⇨ 1 Bett ❍ 2 Bett ❍ Chefarzt: Nein❍ Ja❍	**Privat** ❍ 1 Bett ❍ 2 Bett ❍ Chefarzt: Nein❍ Ja❍

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

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

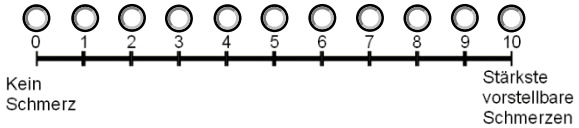
_____

Beschwerden/Symptome (nicht Diagnose)

_____

_____

Haben Sie Schmerzen?



Haben Sie Allergien?

Nein ☐
Ja ☐ gegen: _____

Standard Gynäkologie
Anamnesebogen deutsch

St. Vincenz Kliniken
Salzkotten + Paderborn

Gynäkologische Anamnese

Letzte Mammographie: _____ /_____ (Monat / Jahr) Wo?_____

Letzter Krebsabstrich: _____ /_____ (Monat / Jahr) Wo?_____

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: Blutungsdauer ____Tage / 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 ☐

Operationen Keine ☐

Wann Monat / Jahr	**Welches Krankenhaus**	**Weshalb**	**Welche Operation**	**Komplikationen**
1.				Keine ☐
2.				Keine ☐
3.				Keine ☐
4.				Keine ☐
5.				Keine ☐

Erkrankungen Keine ☐
(z.B. Herz, Bluthochdruck, Lunge, Magen/Darm, Zucker, Schilddrüse, Niere, Krebs, Nervensystem etc.)

	Nein	**Welche Erkrankung?**	**Ja, bekannt seit** Monat/Jahr
Herz			
Bluthochdruck			
Schlaganfall			
Lunge			
Magen / Darm			
Zucker			
Schilddrüse			
Niere			
Krebs			
Nervensystem			
Blutgerinnungsstörungen			
Thrombosen/Embolien			
andere Erkrankungen			

Infektionskrankheiten	**Nein**	**Ja**
• HIV		
• Hepatitis B		
• Hepatitis C		
• andere		
• Geschlechtskrankheiten		

Medikamentenname mit Dosierung (z.B. mg)	**morgens**	**mittags**	**nach-mittags**	**abends**	**seit wann** **Monat / Jahr**
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Medikamentenplan liegt vor: ☐
Die häusliche Medikation kann übernommen werden ☐ Hdz Ärztin/Arzt_____

Sind in <u>Ihrer Familie</u> Krebserkrankungen bekannt?

			WER ist erkrankt? (Vater, Mutter, Schwester, Bruder, Kinder, Großeltern, Tanten, Onkel)		**In welchem Alter ist das jüngste Familien-mitglied erkrankt?**
Brustkrebs	☐ nein	☐ ja	väterlicherseits ☐	mütterlicherseits ☐	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**