

# Anamnesebogen für Patientinnen



Praxis für  
Gynäkologie & Geburtshilfe

**Dr. med. Tammo Kunst**

Facharzt für  
Frauenheilkunde & Geburtshilfe

## zu Ihrer Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, HNr:

PLZ | Ort:

Telefon:

E-Mail:

## Sehr verehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten, diesen Bogen möglichst vollständig auszufüllen. Durch Ihre Angaben zur Krankengeschichte lernen wir Sie schneller kennen und die Therapiewahl wird hierdurch erleichtert.

## Ihr Hausarzt

(Name, evtl. Adresse und Telefonnummer)

## Regelanamnese

Letzte Regel:   
(Datum)

Zyklus-Dauer:  /   
(z.B. 28Tage / 4 Tage Blutung)

Erste Regel:   
(Alter, bzw. Jahr)

Verhütung:   
(Kondom / Pille / Spirale)

Gewicht:    kg

Größe:    cm

## Schwangerschaften

Anzahl:   
(alle Schwangerschaften, incl. Abbruch, etc.)

Ja  Nein Wenn ja, bitte nähere Angaben zum Verlauf...  
  
(weitere Informationen)

Geburtsjahr:

Geburt Normal (N) / Kaiserschnitt (KS):  N  KS  N  KS

Kindsgewicht in Gramm:

Woche:

Geschlecht männlich(M) / weiblich(W):  M  W  M  W

Komplikationen:

Kind 1		Kind 2		Kind 3		Kind 4	
<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> KS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> KS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> KS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> KS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Operationen

Gebärmutter  /

Brust li  re  /   
(Jahr)

Ja  Nein Wenn ja, woran? / in welchem Jahr...  
 Eierstock / Eileiter /  /

Blinddarm /  /   
(sonstige)

## Erkrankungen

hoher Blutdruck  /

Gerinnungsstörungen  /   
(Jahr)

Ja  Nein Wenn ja, welche? / seit welchem Jahr...  
 Asthma /  /  Hepatitis / HIV /

Diabetes /  /   
(sonstige)

(Platz für weitere Angaben)

### Erkrankungen in der Familie

Erbkrankheiten /   
(Jahr)

Ja  Nein Wenn ja, welche? / Erkrankungsalter...  
 Krebs /   
(Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Darm)  Gerinnungsstörungen /   
(Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Schlaganfall)  
 Mutter  Vater  Großeltern    
(sonstige)

Welches Familienmitglied:

(Platz für weitere Angaben)

### Allergien

Medikamente:   
(z.B. Penicillin)

Ja  Nein Wenn ja, welche?  
  
(sonstige)

(Platz für weitere Angaben)

### Medikamenteneinnahme

Pille

Ja  Nein Regelmäßige Einnahme von...  
 Blutverdünnung   
(z.B. Marcumar, ASS (Aspirin), etc.)    
(sonstige)

(Platz für weitere Angaben)

### Ihr aktuelles Anliegen

(z.B. Vorsorge, Kontrolle, Kinderwunsch, etc.)

### Familienstand & Beruf

(Familienstand)

(Beruf)

(Ort, Datum)

(Ihre Unterschrift)

**Vielen Dank.**