



Lea Brockmann & Dr. Julia Schlutius

Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sechzigstraße 38a
50733 Köln

Tel 0221-27079950
Web www.gyn-im-veedel.de
E-Mail info@gyn-im-veedel.de

ANAMNESE
U 50

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um einen optimalen Überblick über Ihre Krankengeschichte zu erhalten, möchten wir Sie vorab um die Beantwortung folgender Fragen bitten.

Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Name/ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

eMail: _____

Beruf / Tätigkeit: _____

Hausärztin / Hausarzt: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Grund ihres Besuches

Letzte Regelblutung: _____

In welchem Alter hatten Sie die erste Blutung? _____

Wie oft kommt die Blutung? ca. alle _____ Tage unregelmäßig

Wie lange dauert die Blutung? _____

Haben Sie Blutungsbeschwerden? _____

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung: _____ Auffälligkeiten? _____

Schwangerschaften

Anzahl aller Schwangerschaften: _____

Normale Geburten, Jahr: _____

Kaiserschnitte, Jahr: _____

Zangen-/ Saugglockengeburt, Jahr: _____

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen? Nein Ja

Wenn ja, wann und welche? _____

Fehlgeburten, Jahr: _____

Schwangerschaftsabbrüche, Jahr: _____

Eileiterschwangerschaften, Jahr: _____

Gebrauchen Sie Verhütungsmittel?

Keine Pille (Name): _____

Kondom Nuvaring Hormonspirale

Kupferspirale Implanon 3-Monatsspritze

Pflaster Sterilisation Sterilisation des Partners

es besteht aktuell Kinderwunsch

Nehmen Sie Präparate gegen Wechseljahrsbeschwerden ein? Nein Ja

Welche und seit wann? _____

HPV- Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)? Nein Ja

Rötelschutz? geimpft durchgemacht weder noch

Windpocken? geimpft durchgemacht weder noch

Hatten Sie bereits eine Mammographie: Nein Ja, wann? _____

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung: Nein Ja, wann? _____

Sind Sie schon einmal operiert worden? Nein Ja

Gynäkologische Operationen

Ausschabungen, wenn ja, wann? _____

Warum? _____

Bauchspiegelung, wenn ja, wann? _____

Warum? _____

Bauchschnitt, wenn ja, wann? _____

Warum? _____

Andere Operationen?

Wenn ja, was und wann? (z.B. Blinddarm, Schilddrüse, Brüche)?

Sind oder waren bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> Migräne/Aura | <input type="checkbox"/> Wechseljahrsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Muskel-/Skeletterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> häufige Blasenentzündungen |
| <input type="checkbox"/> psych. Erkrankungen | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
- Sonstiges: _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja, gegen:

Rauchen Sie? Nein Ja wieviel/Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? Nie 1-3x/Monat 1-3x/Woche täglich

Nehmen Sie andere Suchtmittel? Nein gelegentlich

regelmäßig, was? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein

O Ja, welche? _____

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Schlaganfall, Lungenembolie, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, genetische oder andere Erkrankungen aufgetreten? Nein Ja

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied, in welchem Alter aufgetreten? _____

Haben Sie einen Impfausweis? Nein Ja

Wenn Sie mögen, zeigen Sie uns gerne Ihren Impfausweis, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen und Sie zu notwendigen Impfungen beraten können.

Datum

Unterschrift Patientin

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!