

**Anamnesebogen**

Praxis Dr. med. Suzana Spethmann  
Fachärztin für Gynäkologie

Sehr geehrte Patientin,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind sehr wichtig, um Sie bestmöglich betreuen zu können. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

**Persönliche Angaben:**

Name	Vorname	Geb.-Datum

Straße	Hausnr.	Postleitzahl, Ort

Telefon privat	Telefon mobil

E-Mail- Adresse

Beruf	Hausarzt

**Medizinische Vorgeschichte:**

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Alter bei der 1. Menstruation: \_\_\_\_\_

Datum der letzten Menstruation: \_\_\_\_\_

Zykluslänge (zwischen 1. Tag der letzten Periode und 1. Tag der nächsten Periode):

- kürzer als 26 Tage
- alle 26-28 Tage
- länger als 30 Tage
  
- regelmäßig
- unregelmäßig

Sind Sie gegen HPV geimpft?  Ja, vollständig  Ja, teilgeimpft  Nein

Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja Wenn ja, wieviel pro Tag: \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  gar nicht  selten  gelegentlich  täglich

**bitte wenden!**



# Anamnesebogen

Praxis Dr. med. Suzana Spethmann  
Fachärztin für Gynäkologie

Allergien? (z.B. Medikamente, Lebensmittel):

---

Nehmen Sie Medikamente? (ASS, Marcumar, L-Thyroxin...)

---

Nehmen oder nahmen Sie ein Hormonpräparat/ die Pille ein? Wenn ja, welches/welche?

---

## Vorausgegangene Schwangerschaften/ Geburten:

Monat/Jahr    SSW    Ausgang (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Fehlgeburt, Abbruch)


## Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Magen-/ Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  | <input type="checkbox"/> Asthma /COPD    |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose     | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz  | <input type="checkbox"/> Osteoporose     |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung      | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung   | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Migräne                | <input type="checkbox"/> Epilepsie        | <input type="checkbox"/> Sonstiges       |

Sollten eine oder mehrere oben genannter Erkrankungen von Ihnen angekreuzt worden sein:  
Welche Erkrankung ist seit wann bekannt?

Jahr	Erkrankung

**bitte nächste Seite!**

**Anamnesebogen**

Praxis Dr. med. Suzana Spethmann  
 Fachärztin für Gynäkologie

**Sind Sie schon einmal operiert worden?**

Jahr	Operation

**Gibt es/ gab es in Ihrer Familie (Eltern/ Geschwister/ nahe Verwandte) folgende Erkrankungen?**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Eierstockkrebs                           | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> sonstige Krebserkrankungen welche: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                        |   |
| <input type="checkbox"/> Thrombose     |   |   |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs    |   |   |

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Darmspiegelung? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Mammographie? \_\_\_\_\_

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

**Vielen Dank!**