



## Anamnesefragebogen für Frauen

Sehr geehrte Patienten, ich freue mich, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihnen eine gute Beratung und Behandlung anbieten zu können, bin ich auf Ihre Mithilfe und Auskünfte angewiesen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an ein Mitglied unseres Teams oder an mich persönlich.

Vielen Dank! Christiane Peters

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. / Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

• **Aufgrund welcher Hauptbeschwerden stellen Sie sich heute vor?**

- Beschwerden um die Wechseljahre     Zyklusstörungen     Prämenstruelle Beschwerden  
 bekannte Hormonstörungen     Erschöpfungssymptomatik     Sonstiges: \_\_\_\_\_

• **Wann hatten Sie Ihre letzte Periodenblutung (LR)?** \_\_\_\_\_ Datum

• **Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Monatsblutung?** \_\_\_\_\_ Jahre

• **Waren Sie schwanger?**     nein     ja, \_\_\_\_\_ Anzahl der Schwangerschaften

- Falls ja, dann beantworten Sie bitte die folgenden Fragen bzgl. des Schwangerschaftsausganges:

Jahr	Geburt (G), Eileiterschwangerschaft (EG), Fehlgeburt (F), Abbruch (A)	Kaiserschnitt	Komplikationen in der Schwangerschaft, während oder nach der Geburt
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____

• **Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?** \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr

• **Hatten Sie bereits einmal einen auffälligen Abstrichbefund?**     nein     ja

• **Hatten Sie bereits eine Mammographie?**     nein     ja, unauffälliger Befund, \_\_\_\_\_ Jahr  
 ja, auffälliger Befund, \_\_\_\_\_ Jahr

• **Wurden bei Ihnen im Bauchraum, im Unterleib oder an der Brust Operationen durchgeführt?**  
 nein     ja

- Falls ja, dann ergänzen Sie bitte welche Art der Operationen und wann sie durchgeführt wurden:

\_\_\_\_\_

• **Hatten Sie anderweitige Operationen?**     nein     ja

- Falls ja, dann ergänzen Sie bitte welche Art der Operation und wann sie durchgeführt wurden:

\_\_\_\_\_



Die kommenden, in einen Rahmen gefassten Fragen bitte nur beantworten, sofern Ihre letzte Regelblutung nicht länger als 1 Jahr zurückliegt!

- **Wie lang ist der aktuelle Zyklus, d.h. der Abstand vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der darauffolgenden Regelblutung?**

regelmäßig, alle \_\_\_\_\_ Tage       unregelmäßig, von \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tage/ Wochen/ Monate

- **Wie lange dauert die Blutung?** \_\_\_\_\_ Tage

- **Wie stark sind Ihre Blutungen?**       schwach       mittel       stark       sehr stark

- **Haben Sie Zwischenblutungen?**       nein       ja

- Falls ja, dann zumeist

vor der Periodenblutung       nach der Periodenblutung  
 in Zyklusmitte       unregelmäßig

- **Haben Sie Schmerzen während der Monatsblutung?**       nein       ja

- Falls ja, dann ergänzen Sie bitte:

Schmerzintensität       leicht       mäßig       stark

Schmerzmittleinnahme:       nein       ja, Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_

- **Haben Sie Beschwerden wie Brustspannen, Stimmungsschwankungen, Rücken- oder Unterbauchschmerzen an den Tagen „vor den Tagen“?**       nein       ja

- Falls ja, wie lange halten die Beschwerden an: \_\_\_\_\_ Tag(e)

- **Haben Sie in den letzten 3 – 5 Jahren verhütet?**       nein       ja, mit folgender Methode(n)

	Von	Bis	Präparat
Pille	_____	_____	_____
Pille	_____	_____	_____
Spirale	_____	_____	_____
Kondom	_____	_____	_____
Sterilisation	Jahr der OP: _____	_____	_____
Sterilisation des Mannes	Jahr der OP: _____	_____	_____
Sonstiges	_____		

- **Leiden Sie an einer der folgenden Beschwerden / Erkrankungen?**

- Falls ja, dann bitte ankreuzen

- Schilddrüsenerkrankungen
- Hashimoto-Thyreoiditis
- Diabetes mellitus
- insulinpflichtig
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung / erhöhte Blutfettwerte
- Magen-, Darmerkrankungen
- Asthma / chron. Bronchitis
- Psychische Erkrankungen
- Epilepsie
- Nierenerkrankungen



- Lebererkrankungen
- Herz- / Kreislauferkrankungen
- Thrombose / Embolie
- Krebs / andere Tumore
- Genetische Erkrankungen

- **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  nein  ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte das Präparat / die Präparate: \_\_\_\_\_

- **Nehmen Sie regelmäßig Mikronährstoffe ein?**  nein  ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Mineralstoffe / Vitamine / Probiotika: \_\_\_\_\_

- **Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?**  nein  ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Wirksubstanz (en): \_\_\_\_\_

- **Achten Sie auf Ihre Ernährung, ernähren Sie sich bewußt?**

<input type="radio"/> ja, überwiegend Biokost	<input type="radio"/> ja, low carb	<input type="radio"/> ja, ausgeglichen
<input type="radio"/> ja, vegan	<input type="radio"/> ja, _____	<input type="radio"/> ja, vegetarisch

- **Trinken Sie mehr als 4-mal pro Woche Alkohol?**  nein  ja

- **Nehmen Sie Drogen?**  nein  ja, selten  ja, regelmäßig

- **Rauchen Sie?**  nein  ja, 1-5 Zig./Tag  ja, >5 Zig./Tag  ja, \_\_\_\_\_

- **Sind Sie sportlich aktiv?**  nein  ja, gelegentlich  ja, regelmäßig: \_\_\_\_\_/Wo

- **Nehmen Sie sich tagsüber Zeit für Ruhepausen / Entspannung?**  nein  ja

- Falls ja, wie / mit welcher Methode finden Sie Entspannung? \_\_\_\_\_

- **Was machen Sie beruflich?** \_\_\_\_\_

- **Fühlen Sie sich einer hohen Stressbelastung ausgesetzt?**  nein  ja

- **Sind in Ihrer engeren Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen bekannt bzw. aufgetreten?**  nein  ja

- Falls ja, dann bitte ankreuzen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Thrombose / Embolie |
| <input type="radio"/> Brustkrebs               | <input type="radio"/> Darmkrebs           |
| <input type="radio"/> Gebärmutterkrebs         | <input type="radio"/> Osteoporose         |
| <input type="radio"/> Genetische Erkrankungen  | <input type="radio"/> Sonstiges: _____    |

...und eine letzte Frage: **Wie bzw. durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Empfehlung Freunde / Bekannte | <input type="radio"/> Empfehlung des betreuenden Arztes: _____ |
| <input type="radio"/> Internet / Webseite           | <input type="radio"/> Sonstiges: _____                         |

\_\_\_\_\_

Berlin / Potsdam, den

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient