



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