

# Formular Anamnesebogen Gynäkologie

Gültigkeitsbereich: Gynäkologie



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie sich für eine Behandlung in unserem Krankenhaus entschieden haben. Um uns optimal auf Ihre Versorgung vorzubereiten und uns im Gespräch auf das Wesentliche, nämlich den Grund Ihrer Vorstellung, konzentrieren zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen im Vorfeld zu beantworten und uns den Bogen bei Ihrem Vorstellungstermin ausgefüllt mitzubringen.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Größe: ..... Gewicht: .....

## Allergien:

.....  
.....

## Vorerkrankungen:

.....  
.....  
.....  
.....

Gerne können Sie uns auch einen sogenannten „Diagnoseplan“ mitbringen. Diesen erhalten Sie von Ihrem Hausarzt bzw Ihrer Hausärztin.

## Operationen:

Operation	Jahr der Operation

## Medikamente:

Medikament	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends

**Sollten Sie mehr als drei unterschiedliche Medikamente einnehmen, bringen Sie bitte unbedingt einen aktuellen Medikamentenplan vom Hausarzt mit.**

# Formular Anamnesebogen Gynäkologie

Gültigkeitsbereich: Gynäkologie



## Familienanamnese:

Ist eine Blutungs- oder Thromboseneigung bei Ihnen oder in Ihrer Familie bekannt? nein / ja

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie? Wenn ja, welche und wie alt war das Familienmitglied als es erkrankte?

**Brustkrebs**                                    nein / ja                                    Alter bei Erkrankung .....

**Eierstockkrebs**                                nein / ja                                    Alter bei Erkrankung .....

**Gebärmutterkrebs/  
Gebärmutterhalskrebs**                        nein / ja                                    Alter bei Erkrankung .....

**Andere Krebsarten** .....                                    Alter bei Erkrankung .....

.....                                    Alter bei Erkrankung .....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? .....

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? .....

## Gynäkologische Anamnese:

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe? .....

## Spezielle Gynäkologische Vorerkrankungen:

.....  
.....  
.....

Haben Sie Kinder geboren?

Geschlecht	Geburtsjahr	Kaiserschnitt
		nein / ja
		nein / ja
		nein / ja

Hatten Sie eine Fehlgeburt oder Abtreibung? Wenn ja wann? .....

Wann war Ihre letzte Regelblutung? .....

Wie lange dauert Ihr Zyklus? .....

*Datum, Unterschrift* .....

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Ihr Ärzteteam vom St. Joseph-Stift