

# Formular Anamnesebogen

Gültigkeitsbereich: Gynäkologie



Name: ..... Vorname: .....

Geb.-datum: ..... Anschrift: .....

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen zu Ihrer Krankengeschichte:

## Eigene Krankengeschichte

1. Herz-Kreislaufkrankungen  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
2. Bluthochdruck  ja /  nein Wenn ja, seit wann? .....
3. Nierenerkrankungen  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
4. Lebererkrankungen  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
5. Erbkrankheiten  ja /  nein bekannt seit: .....  
Welche? .....
6. Fehlbildungen  ja /  nein bekannt seit: .....  
Welche? .....
7. Blutungsneigung  ja /  nein Wenn ja, seit wann? .....

→ Bitte auch weiterlesen und ggf. kreuzen, wenn bei Frage nach Blutungsneigung „nein“!

Sind bei Ihnen folgende Blutungsarten beobachtet worden (bei Antwort „ja“, bitte Kreuz setzen)?

- Nasenbluten ohne erkennbare Ursache
  - Blaue Flecke oder punktförmige Blutungen ohne erkennbare Ursache
  - Blutungen in Gelenke, Weichteile oder Muskeln
  - Kam es nach Schnitt- oder Schürfwunden zu einem längeren Nachbluten?
  - Kam es zu längerem oder verstärktem Nachbluten beim Zahnziehen?
  - Kam es zu einer verstärkten Blutung während oder nach Operationen?
  - Ist eine schlechte Wundheilung bekannt?
  - Gibt es familiäre Fälle von verstärkter Blutungsneigung?
  - Nahmen oder nehmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur Blutverdünnung?
  - Ist die Monatsblutung verstärkt oder verlängert (>7 Tage)?
8. Thrombose oder Blutgerinnungsstörung  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
  9. Allergien (auch Medikamente)  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
  10. Asthma  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
  11. Diabetes  ja /  nein Wenn ja, seit wann? .....  
Welcher Typ? .....
  12. Schilddrüsenerkrankungen  ja /  nein Wenn ja, seit wann? .....  
Welche? .....
  13. Krebserkrankungen  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....

# Formular Anamnesebogen

Gültigkeitsbereich: Gynäkologie



14. Psychische Erkrankungen  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
15. Psychosomat. Erkrankungen  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
16. Körperliche / sexualisierte  ja /  nein Wenn ja, wann?.....  
Gewalterfahrungen
17. Depressionen  ja /  nein Wenn ja, (seit) wann? .....  
Welche Art? .....
18. Bluttransfusion  ja /  nein Wenn ja, wann? .....
19. Hüftdysplasie  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
20. Beckenbesonderheiten  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
21. Unfälle  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
22. Stress  ja /  nein Wenn ja, ggf. Erläuterung:.....  
.....
23. Tierkontakt  ja /  nein
24. Rauchen  ja /  nein Wenn ja, wie häufig?.....
25. Alkohol  ja /  nein Wenn ja, wie häufig?.....
26. Drogen  ja /  nein Wenn ja, seit wann?.....  
Welche und wie häufig?.....
27. Brillenstärke  ja /  nein Wenn ja, welche? .....
28. Geschlechtskrankheiten  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche? .....
29. Medikamente  ja /  nein Welche? .....
- .....
30. Operationen  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
Welche?.....  
.....  
.....
31. Gynäkologische Erkran-  ja /  nein Wenn ja, wann? .....  
kungen / Operationen  
Welche?.....  
.....  
.....
32. First-Trimester-Screening durchgeführt?  ja /  nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.
33. Feindiagnostik durchgeführt?  ja /  nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.
34. Nicht-invasiver Pränataltest durchgeführt?  ja /  nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.
35. Andere Vorbefunde allgemein  ja /  nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.

**Formular**  
**Anamnesebogen**  
Gültigkeitsbereich: Gynäkologie



**Familienanamnese**

- |                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
| 36. Herz-Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |
| 37. Bluthochdruck            | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....                       |
| 38. Erbkrankheiten           | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |
| 39. Nierenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |
| 40. Lebererkrankungen        | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |
| 41. Fehlbildungen            | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |
| 42. Blutungsneigung          | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....                       |
| 43. Thrombose                | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |
| 44. Allergien                | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |
| 45. Diabetes                 | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welcher Typ? ..... |
| 46. Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |
| 47. Krebserkrankungen        | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |
| 48. psychische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein | Wenn ja, wer? .....<br>Welche? .....      |