

Fragebogen Anamnese Gynäkologie

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Grösse: _____ Gewicht: _____

Zyklus: regelmässig unregelmässig Dauer in Tagen: _____

Datum der ersten Periode: _____ Datum der letzten Periode: _____

Schwangerschaften: ja nein Wann? _____

Geburten: ja nein Wann: _____

Spontan Kaiserschnitt Saugglocke / Zange

Fehlgeburten: ja nein Wann? _____

Eileiterschwangerschaften: ja nein Wann? _____

Planen Sie eine Schwangerschaft? ja nein wann? _____

Waren Sie im letzten Jahr im Ausland, oder planen Sie im nächsten Jahr zu gehen?

ja nein wann und wo? _____

Gynäkologische Operationen: ja nein Wann und welche? _____

Andere Operationen: ja nein Wann und welche? _____

Sind oder waren Sie wegen Erkrankungen in Behandlung? ja nein

Wann und welche? _____

Nehmen Sie Hormone? ja nein Welche?

Nehmen Sie andere Medikamente ja nein Welche?

Verhüten Sie?: ja nein Wie? _____

Letzte gynäkologische Kontrolle? Wann? Wo?

Wurde damals oder früher eine Auffälligkeit festgestellt? ja nein

Welche? _____

Letzte Brustkontrolle? Wann? Wo?

Mit welcher Methode? Mammografie Ultraschall Magnetresonanz

Sind Allergien bekannt? ja nein Welche? _____

Hatten Sie eine Thrombose oder Embolie? ja nein Wann? _____

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von untenstehenden Erkrankungen? nein

- Thrombose Embolie Brustkrebs Eierstockkrebs Darmkrebs
 Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien?
 Andere Erbkrankheiten

Details: _____

Rauchen Sie? nein ja wieviel? _____

Trinken Sie regelmässig Alkohol? nein ja wieviel? _____

Nehmen Sie Drogen? nein ja welche? _____

Was ist der Grund für Ihren aktuellen Besuch?

- Beschwerden Routinekontrolle Beratung Anderes

Details: _____

Datum

Unterschrift

Besten Dank für diese Informationen, die wir vertraulich behandeln.