

## Gynäkologischer Anamnesebogen

Name, Vorname, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse bei Privatpatienten: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_      Gewicht: \_\_\_\_\_

Haben Sie chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?  
(z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Asthma, Rheuma, Herzleiden, Hautleiden, Schilddrüsenerkrankung,  
Allergien)

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Wurden Sie schon mal operiert? Wenn ja, welche Operation und wann?

\_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Periode bekamen?

\_\_\_\_\_

Sind Sie gegen HPV geimpft ?

Wann war Ihre letzte Periode?

---

Wie lange dauert es vom Beginn einer Periode bis zum Beginn der nächsten?

---

Wie lange dauert ihre Periode?

---

Nehmen Sie die Pille oder haben Sie eine Spirale? Wenn ja, welche und seit wann?

---

Haben Sie Kinder; Wenn ja, in welchem Jahr sind sie geboren?

Mädchen: \_\_\_\_\_ Junge: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon mal eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch? Wenn ja, Anzahl und Jahr?

Fehlgeburt: \_\_\_\_\_ Schwangerschaftsabbruch: \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden? Wenn ja, welche?

---

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

---

Wann war Ihr letzter Frauenarztbesuch?

---

Wurde bei Ihnen schon mal eine Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, wann?

---

---

Ort, Datum, Unterschrift