

# Gynäkologischer Anamnesebogen – Praxis Dr. Steinbacher

---

Anamnese der Patientin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Wie ist Ihr Familienstand?  
Ledig          verheiratet          geschieden          verwitwet          getrennt
2. Bitte sagen Sie uns Ihre Größe, Gewicht und Ihr Alter  
\_\_\_\_\_cm    \_\_\_\_\_kg    \_\_\_\_\_Jahre
3. Mit wie viel Jahren hatten Sie das erste Mal Ihre Menstruation(Monatsblutung)?  
Mit \_\_\_\_\_ Jahren.
4. Wie lange dauert Ihr Zyklus?  
24T    26T    28T    30T    32T    unregelmäßig          kürzer          länger
5. Wenn Sie in den Wechseljahren sind, wann war Ihre letzte Monatsblutung?  
\_\_\_\_\_
6. Wann war Ihre letzte Periode (1.Tag) \_\_\_\_\_
7. Welche Methode verwenden Sie zur Schwangerschaftsverhütung und seit wann?  
Seit \_\_\_\_\_ Pille    Spirale    Sterilisation    Sterilisation des Partners  
Sonstiges \_\_\_\_\_
8. Nehmen Sie Hormone, wenn ja welche und seit wann?  
Seit \_\_\_\_\_ Medikament \_\_\_\_\_
9. Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?  
\_\_\_\_\_
10. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Ultraschalluntersuchung der Brust und /oder der Genitalorgane durchgeführt, wenn ja wann?  
Brust zuletzt am \_\_\_\_\_ Genitalorgane zuletzt am \_\_\_\_\_
11. Waren Sie schon einmal zur Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust, wenn ja wann? \_\_\_\_\_
12. Hatten Sie schon einmal eine Entzündung der Gebärmutter, der Eierstöcke oder der Eileiter? Ja    nein, wenn ja wann? \_\_\_\_\_
13. Haben Sie Kinder?  
Wenn ja wie viele, Geschlecht, Geburtsjahr, wie entbunden (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Gynäkologischer Anamnesebogen – Praxis Dr. Steinbacher

---

14. Hatten Sie Fehlgeburten Totgeburten Frühgeburten Schwangerschaftskomplikationen (Diabetes, hoher Blutdruck o.ä.)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche, nein ja wann\_\_\_\_\_
16. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und welche Operation?  
\_\_\_\_\_
17. Hatten Sie schon einmal eine Thrombose, Venenentzündung oder Embolie?  
Wenn ja wann? \_\_\_\_\_
18. Haben Sie akute oder chronische Krankheiten und nehmen Sie dafür Medikamente?  
Ja akut seit \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  
ja chronisch seit \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. Haben Sie Allergien?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. Rauchen Sie, wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_
21. Trinken Sie Alkohol, wenn ja wie häufig? \_\_\_\_\_
22. Nehmen Sie Drogen, wenn ja was, wie oft? \_\_\_\_\_

Raum für weitere Notizen:

---

---

---

---

---

---

### **Famillienanamnese** (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister, Tanten, Onkel)

1. Hatte jemand aus der Familie jemals eine Thrombose, Embolie, Venenentzündung?  
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen? Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Gab oder gibt es in Ihrer Familie irgendwelche Behinderungen/ Missbildungen/ Chromosomenanomalien sowohl geistiger als auch körperlicher Art? Wenn ja wer und in welcher Generation?

---

---

---

Ich versichere, dass ich die vorgenannten Angaben wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Bad Homburg, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der Patientin