

# Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,  
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung und Beratung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte ergänzen Sie ggf. Ihre Angaben auf der Rückseite.

**Ihr Name und Vorname** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Tel. (Privat)** \_\_\_\_\_ **Mobil** \_\_\_\_\_

**Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung?** \_\_\_\_\_ **in welcher Praxis?** \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**  Arzt  Bekannte(r)  Jameda  Internet  
 Praxisschild  Wohnort nah  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?**  nein /  ja  Verhütungsmittel (z.B. Pille, Spirale) Welche?

**Nehmen Sie Blutverdünner ein?**  nein /  ja, welche  
\_\_\_\_\_

**Alter bei der ersten Regelblutung?** \_\_\_\_\_ **Datum der letzten Regelblutung?** \_\_\_\_\_

**Sind Sie Schwanger?**  nein /  ja, in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

<b>Anzahl Schwangerschaften?</b>	<b>Anzahl Geburten?</b>	<b>Anzahl Fehlgeburten?</b>
Jahr _____ Geschlecht _____	Geburtsgewicht _____ wie entbunden? _____	Komplikationen? _____
Jahr _____ Geschlecht _____	Geburtsgewicht _____ wie entbunden? _____	Komplikationen? _____
Jahr _____ Geschlecht _____	Geburtsgewicht _____ wie entbunden? _____	Komplikationen? _____

**Hatten Sie einen Schwangerschaftsdiabetes**  ja /  nein  
\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  nein /  ja, Anzahl Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

**Bisherige Operationen**  nein /  ja, welche: \_\_\_\_\_  
(ggf. Ergänzung auf der Rückseite)  
\_\_\_\_\_

**Sind Allergien bekannt?**  nein /  ja, welche: \_\_\_\_\_

## **Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- Bluthochdruck  Thrombose  Schlaganfall  Herzinfarkt  Krampfadern  Lebererkrankung
- Nierenerkrankungen  Diabetes mellitus  Epilepsie  Osteoporose  Hormonstörungen / unreglm. Zyklus
- Schilddrüsenerkrank.  Blutungsneigung  Arthrose  Krebserkrankungen (welche?) \_\_\_\_\_
- Depressionen  Hepatitis  HIV  Herzerkrankungen / Herzrythmusstörungen  sonstiges

## **Traten in Ihrer Verwandtschaft folgenden Erkrankungen auf?**

- Bluthochdruck  Thrombose  Herzinfarkt  Schlaganfall  Krebserkrankungen (welche?) \_\_\_\_\_
- Krampfadern  Diabetes mellitus

**Führen Sie einen Impfpass?**  ja /  nein

**Ist Ihr Impfstatus vollständig?**  ja /  nein

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## **Praxis Dr. med. Behrus Salehin**

Dr. med. Behrus Salehin - Stefanie Unger - Christina Honnefelder - Dr. med. Marion Wolter (WBA) - Dr. med. Bahman Salehin  
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Dünnerstrasse 201 41066 Mönchengladbach Tel: 02161-664101 www.dr-salehin.de