



Anamnesebogen Gynäkologie

Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit Ihrem Arzt nach bestem Wissen zu beantworten. Dies soll das persönliche Gespräch mit Ihrem Arzt selbstverständlich nicht ersetzen, sondern dient ausschließlich der Optimierung des Behandlungsablaufes.

Persönliche Daten

Name: _____

Aktuelle Größe: _____ cm

Vorname: _____

Aktuelles Gewicht: _____ kg

Geburtsdatum: ____ Tag ____ Monat ____ Jahr

Haben Sie noch regelmäßige Periodenblutungen? ☐ nein ☐ ja

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Letzte Blutung/Periode: ____ Tag ____ Monat ____ Jahr

Beruf: _____

Alter bei erster Blutung: _____ Jahre

Letzter Krebsabstrich: ____ Monat ____ Jahr

Letzte Mammografie: ____ Monat ____ Jahr

Rauchverhalten: aktuell: ____ (Menge)

Alkohol: ☐ wenig/ nie ☐ regelmäßig ☐ häufig

☐ früher ☐ nie

1. Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt? Wer soll den Arztbrief erhalten?

2. Grund Ihres Arztbesuches:

3. Allergien (z. B. gegen Latex, Penicillin, Pflaster, Gräser usw.)

4. Wie oft sind Sie schwanger gewesen? _____ (Gesamtzahl der Schwangerschaften)

5. Wie viele Kindern haben Sie lebend geboren? _____ (Kinder)



6. Weitere Angaben zu den Kindern:

Geburtsjahr	Geburtsmodus (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zangengeburt)	Geschlecht (Junge/Mädchen)	Gewicht	Besonderheiten
1. _____	_____	_____	_____ g	_____
2. _____	_____	_____	_____ g	_____
3. _____	_____	_____	_____ g	_____
4. _____	_____	_____	_____ g	_____

7. Fehlgeburten: _____ (Gesamtzahl bitte eintragen)

8. Weitere Angaben zu den Fehlgeburten:

Jahr	Schwangerschaftswoche	Besonderheiten
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

9. Schwangerschaftsabbrüche: _____ (Gesamtzahl bitte eintragen)

10. Weitere Angaben zu den Schwangerschaftsabbrüchen

Jahr	Schwangerschaftswoche	Besonderheiten
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

11. Angaben zu Operationen

Zeitpunkt	Erkrankung	Welche Operation?	Komplikationen
1. _____ (Monat) (Jahr)	_____	_____	_____
2. _____ (Monat) (Jahr)	_____	_____	_____
3. _____ (Monat) (Jahr)	_____	_____	_____
4. _____ (Monat) (Jahr)	_____	_____	_____



12. Zyklusanamnese

1. Zyklusdauer: _____ / _____ Tage
Zyklusdauer/ Blutungsdauer ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig
2. Zwischenblutungen: ☐ nein ☐ ja
3. Blutungsstärke: ☐ stark ☐ mittel ☐ schwach /keine

13. Angaben zu Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Krebserkrankung, Schilddrüsenerkrankungen)

Erkrankung	Bekannt seit	Beschwerden
1. _____	_____ (Monat) _____ (Jahr)	_____
2. _____	_____ (Monat) _____ (Jahr)	_____
3. _____	_____ (Monat) _____ (Jahr)	_____
4. _____	_____ (Monat) _____ (Jahr)	_____
5. _____	_____ (Monat) _____ (Jahr)	_____
6. _____	_____ (Monat) _____ (Jahr)	_____

14. Angaben zu Infektionskrankheiten

1. Ist bei Ihnen eine HIV-Infektion bekannt? ☐ nein ☐ ja Seit: _____ (Monat) . _____ (Jahr)
2. Ist bei Ihnen eine Hepatitis Infektion (Leberentzündung) bekannt? ☐ nein ☐ ja, Hep B ☐ ja, Hep A Seit: _____ (Monat) . _____ (Jahr)
3. Haben/ hatten Sie eine Geschlechtskrankheit? ☐ nein ☐ ja Welche? _____ Seit: _____ (Monat) . _____ (Jahr)
4. Haben Sie derzeit eine andere Infektionskrankheit? ☐ nein ☐ ja Welche? _____ Seit: _____ (Monat) . _____ (Jahr)

15. Angabe zu Erkrankungen Blut-und Lymphsystem (Blutgerinnungsstörung, Thrombose)

Erkrankung	Bekannt seit	Beschwerden/ Therapie
1. _____	_____ (Monat) _____ (Jahr)	_____
2. _____	_____ (Monat) _____ (Jahr)	_____



16. Angabe Medikamenteneinnahme (inkl. Hormone/ Pille/ Spirale)

Präparatname	Dosierung	Frequenz				Seit wann (Monat/ Jahr)
		morgens	mittags	abends	Zur Nacht	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

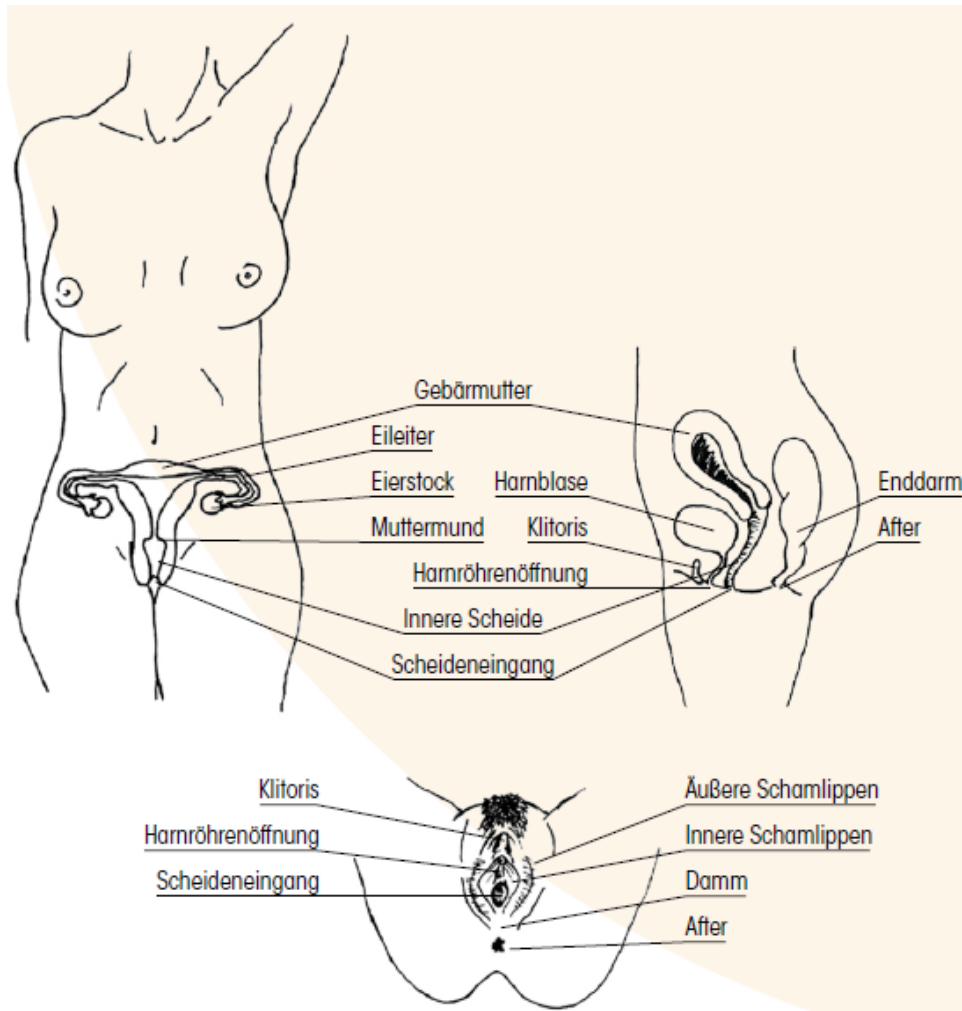
17. Angaben zu familiären Erkrankungen

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Erkrankung			Wer ist erkrankt? (Vater, Mutter...)	In welchem Alter ist das jüngste Familienmitglied erkrankt?
Thrombose	☐ nein	☐ ja		Jahre
Embolien	☐ nein	☐ ja		Jahre
Bluthochdruck	☐ nein	☐ ja		Jahre
Herzinfarkt	☐ nein	☐ ja		Jahre
Schlaganfall	☐ nein	☐ ja		Jahre
Diabetes	☐ nein	☐ ja		Jahre
Brustkrebs	☐ nein	☐ ja		Jahre
Unterleibskrebs	☐ nein	☐ ja		Jahre
Sonstiger Krebs	bitte angeben welcher	☐ nein	☐ ja	Jahre
Sonstige Erkrankung	bitte angeben welche	☐ nein	☐ ja	Jahre



18. Bitte schraffieren Sie die Stellen, wo Sie Schmerzen haben:



19. Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:



20. Seit wann bestehen diese Schmerzen?

- ☐ weniger als 1 Monat ☐ ½ Jahr bis 1 Jahr ☐ 2 bis 5 Jahre
☐ 1 Monat bis ½ Jahr ☐ 1 bis 2 Jahre ☐ Mehr als 5 Jahre

21. Wie oft treten die Schmerzen durchschnittlich auf?

- ☐ mehrfach täglich ☐ mehrfach wöchentlich ☐ mehrfach monatlich ☐ seltener
☐ einmal täglich ☐ einmal wöchentlich ☐ einmal monatlich

22. Wie lange dauern Ihre Schmerzen im Durchschnitt?

- ☐ Sekunde ☐ Stunden ☐ länger als 3 Tage
☐ Minuten ☐ bis zu 3 Tagen

23. Wenn sie Schmerzen oberhalb des Bauchnabels angegeben haben (oberer Magen-Darm-Bereich/Speiseröhre), beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- Treten die Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme auf? ☐ Ja ☐ Nein
Gehen die Schmerzen mit einem Völlegefühl/Magendruck einher? ☐ Ja ☐ Nein
Gehen die Schmerzen mit Übelkeit oder Erbrechen einher? ☐ Ja ☐ Nein
Gehen die Schmerzen mit dem Gefühl von (Sod-)brennen einher? ☐ Ja ☐ Nein
Gehen die Schmerzen mit einem vorzeitigen Sättigungsgefühl einher? ☐ Ja ☐ Nein

24. Wenn Sie Schmerzen unterhalb des Bauchnabels angegeben haben (Darm/Enddarm oder After), beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

- Treten die Schmerzen im Zusammenhang mit Stuhlgang auf? ☐ Ja ☐ Nein
Gehen die Schmerzen mit Durchfall (flüssiger und/oder sehr häufiger Stuhlgang) einher? ☐ Ja ☐ Nein
Treten die Schmerzen eher im Zusammenhang mit Blähungen oder einem aufgeblähten Bauch auf? ☐ Ja ☐ Nein
Gehen die Schmerzen mit Verstopfung (harter und/oder sehr seltener Stuhlgang) einher? ☐ Ja ☐ Nein
Ist der Stuhlgang von dem Gefühl begleitet nicht ganz entleert zu sein? ☐ Ja ☐ Nein
Ist der Stuhlgang manchmal blutig? ☐ Ja ☐ Nein



25. Wenn Sie Schmerzen im Bereich der Geschlechtsorgane oder in der Blasenregion angegeben haben, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Treten die Schmerzen eher im inneren Bereich der Scheide auf? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Treten die Schmerzen eher im äußeren Bereich der Scheide auf? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Treten die Schmerzen eher bei gefüllter Blase auf? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Treten die Schmerzen eher beim Wasserlassen/Urinieren auf? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sind die Schmerzen begleitet von Blut im Urin? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sind die Schmerzen begleitet von Eiter im Urin? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Gehen die Schmerzen einher mit (übelriechendem) Ausfluss aus der Scheide? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Treten die Schmerzen eher vor der Monatsblutung auf? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Treten die Schmerzen eher während der Monatsblutung auf? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Treten die Schmerzen bei Verwendung von Hygieneprodukten (z. B. Tampons) auf? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Treten die Schmerzen im Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten/Geschlechtsverkehr auf? | ☐ Ja | ☐ Nein |

26. Bitte geben Sie an, wie oft die Schmerzen Sie im Bereich der Partnerschaft/Beziehung (z.B. beim Geschlechtsverkehr) beeinträchtigt haben:

- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ häufig ☐ immer

27. Durch welche Maßnahmen/Aktivitäten/Situationen werden Ihre Schmerzen verstärkt?

28. Durch welche Maßnahmen/Aktivitäten/Situationen werden Ihre Schmerzen gelindert?
