



**Elisabeth-Sophie Drümmer
& Priska Nikiëma**

Frauenärztinnen Forst
Hambrücker Straße 52
76694 Forst

www.frauenaerztinnen-forst.de
T 07251/980 980, F 07251/980 981

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

um Sie besser kennen zu lernen, bitten wir sie diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Die Angaben helfen uns Sie bestmöglich gynäkologisch zu betreuen.

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Krankenversicherung: _____

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____ Telefonnummer: _____

Notfallkontakt: _____

Welche allgemeinen Erkrankungen haben Sie?

Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Blutung? _____

Ist Ihre Blutung regelmäßig unregelmäßig

Wie lange dauert Ihr Zyklus? _____ Wie lange dauert Ihre Blutung? _____

Ist Ihre Blutung auffällig stark? _____ Haben Sie häufig Zwischenblutungen? ja nein

Haben Sie Schmerzen vor/während der Menstruation? ja nein

Haben Sie Beschwerden in den Tagen vor Ihrer Menstruation? Welche? _____

Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Regelblutung? _____

Haben Sie Wechseljahrsbeschwerden? Wenn ja, welche? _____

Drümmer
& Nikiëma
FRAUENÄRZTINNEN
FORST



**Elisabeth-Sophie Drümmer
& Priska Nikiëma**

Frauenärztinnen Forst
Hambrücker Straße 52
76694 Forst

www.frauenaerztinnen-forst.de
T 07251/980 980, F 07251/980 981

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____

Wann wurde Ihr letzter Abstrich durchgeführt? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Brustultraschall durchgeführt? Wann? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie/ein Brust-MRT durchgeführt? Wann? _____

Waren Sie schon einmal schwanger? Wie oft? _____

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Gab es Probleme im Rahmen der Schwangerschaft oder Geburt? _____

Wie verhüten Sie aktuell? _____

Sind Sie mit der Verhütungsmethoden zufrieden? _____

Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Verhütungsmethode? _____

Sind Sie sexuell aktiv? ja nein

Haben Sie Schmerzen/Beschwerden beim Verkehr? Welche? _____

Haben Sie Beschwerden Urin zu halten? Bei welcher Belastung? _____

Gibt es in Ihrer Familie eine Häufung bestimmter Erkrankungen? Welche? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel? _____

Sind Sie häufig körperlich aktiv? Ja nein

Haben Sie sonstige wichtige Informationen für uns? _____

Haben Sie bestimmte Wünsche oder Fragen an uns? _____

