

## ERSTANAMNESE

zur Vorlage in der Frauenarztpraxis  
Dr.med. Beate Gackowski-Weimann

### Medizinische Anamnese:

NAME UND VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM TAG \_\_\_\_\_ MONAT \_\_\_\_\_ JAHR \_\_\_\_\_

MENARCHE (wann hatten Sie die erste Periode im Ihren Leben bekommen)

\_\_\_\_\_

ZYKLUS (in welchem Abstand kommen die Blutungen 28 Tage? weniger/mehr?  
wenn Sie bluten wie lange bluten sie, wie ist die Blutungsstärke,)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### PARTUS

(haben Sie Kinder geboren, wenn ja, wann, wie: normal, Keiserschnitt, Vacuum, Zange,  
welches Geschlechtes sind Ihre Kinder?)

\_\_\_\_\_

#### ABORT

(haben Sie Fehlgeburten gehabt, wurden bei Ihnen Schwangerschaftsunterbrechungen..durchgeführt..wann..und..wo?)

\_\_\_\_\_

#### GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

(wurden Sie an Unterleib oder der Brust operiert, was wurde gemacht und warum, wann, wo)

\_\_\_\_\_

#### SONSTIGE OPERATIONEN

(wurden bei Ihnen Operationen an anderen Organen durchgeführt, was wurde gemacht und warum, wann, wo)

\_\_\_\_\_

ERKRANKUNGEN (leiden Sie unter anderen chronischen Krankheiten, wegen denen Sie sich in ärztlichen Behandlung befinden,  
welche Krankheit ist es, wer betreut Sie)

\_\_\_\_\_

MEDIKAMENTE (nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wie heißen sie, wofür sind sie, wie ist die Dosierung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLERGIEN** (leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten, welche, haben Sie einen Allergiepass)

Facharztpraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Dr. med. Beate Gackowski-Weimann

**ABUSUS** (rauchen Sie, trinken Sie Alkohol, nehmen Sie Drogen, wie viel täglich)

**IMPFSTATUS**

(welche Impfungen wurden bei Ihnen durchgeführt, wann, haben Sie einen Impfausweis?, bringen Sie den bitte mit)

**LETZTE PERIODE: TAG** \_\_\_\_\_ **MONAT** \_\_\_\_\_ **JAHR** \_\_\_\_\_

**BISHERIGER FRAUENARZT** (Name, wann wurde die letzte Untersuchung durchgeführt)

**Soziale Anamnese:**

**GEBURTSORT** (wo sind Sie geboren) \_\_\_\_\_

**AUSBILDUNG** (abgeschlossene) \_\_\_\_\_

**BERUF (erlernt )** \_\_\_\_\_

**BESCHÄFTIGUNG** (arbeiten Sie, wenn ja als angestellte oder freiberuflich, sind Sie arbeitslos, sind Rentnerin?)

**STANDESSTATUS** (sind Sie ledig, verheiratet, geschieden) \_\_\_\_\_

**SOZIALE GEMEINSCHAFT** (leben Sie alleine, oder mit wem) \_\_\_\_\_

**ADRESSE** \_\_\_\_\_

Telefon Nummer: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Wann sind Sie in Falle einer notwendigen Befundmitteilung am besten zu erreichen?

**PS. WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN**

(Empfehlung, Internet, Telefonbuch, Arztvorschlag) \_\_\_\_\_

Ort. Datum

Unterschrift