MVZ GESUNDHEITSZENTRUM ST. ANNA GmbH

Medizinisches Versorgungszentrum

Gynäkologischer Anamnesebogen

Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit Ihrer Ärztin nach bestem Wissen zu beantworten.

Persönliche Daten

Name:	_____	Vorname:	_____	geb.:	_____
Alter:	_____	Größe:	_____	Gewicht:	_____
Mobil-Nummer:	_____	E-Mail:	_____	Beruf:	_____
Rauchverhalten:	_____ Tgl.(Anz.)	Früher O	Nie O	_____	_____
Alkohol:	Nie O	Wenig O	Regelmäßig O	Häufig O	

Was sind ihre aktuellen Beschwerden?

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja O Nein O Wenn ja Welche?

Gynäkolg. Anamnese

Letzte Mammographie:	Monat:____	Jahr:____		
Letzter Krebsabstrich:	Monat:____	Jahr:____		
Letzte Darmspiegelung:	Monat:____	Jahr:____	Keine O	
Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?	Normal O	Verstopfung O	Durchfall O	Schmerzen O
Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?	Normal O	Häufig O	Blutig O	Schmerzen O
	Inkontinenz?	Ja O	Nein O	

Operationen? Keine O Ja O

Wann? (Mon.Jahr)	Wo?	Erkrankung?	Operation	Komplikation?

MVZ Gesundheitszentrum St. Anna GmbH

Eine Einrichtung der Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH

Franz-Gensler-Straße 7
65589 Hadamar

KONTAKT:

Tel.: 0 64 33 I 87 – 0
Fax.: 0 64 33 I 87 – 6344

Mail: info@mvz-hadamar.de
www.mvz-hadamar.de

Geschäftsführerin:
Guido Wernert

Sitz der Gesellschaft: Limburg
Amtsgericht Limburg a.d. Lahn 7
HRB 4304

BANKVERBINDUNG:

Kreissparkasse Limburg
KTO: 27896 I BLZ: 511 500 18

IBAN: DE55511500180000027896
BIC: HELADEF1LIM

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode? _____ Jahre

Wenn Sie Ihre Periode noch bekommen:

1. Tag der letzten Periode? _____

Zyklusdauer: Blutungsdauer_____Tage Zyklusdauer: _____ Tage
regelmäßig O unregelmäßig O
Zwischenblutungen: Ja O Nein O
Blutugsstärke: stark O mittel O schwach O

Wie verhüten Sie?

O Pille (Name) _____ O Spirale (Name)_____
O Kondom O Sonstiges O gar nicht O ich bin sterilisiert
O mein Partner ist sterilisiert

Wenn Sie Ihre Periode nicht mehr bekommen:

Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Periode? _____Jahre

Schwangerschaften/Fehlgeburten:

Wie oft waren Sie bisher Schwanger? _____(Gesamtzahl der Schwangerschaften)
Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____(Kinder)
vaginal:____(Anzahl) Kaiserschnitt: _____ (Anzahl)
Fehlgeburten: _____ (Anzahl) keine O
Schwangerschaftsabbrüche: _____ (Anzahl) keine O

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein O Ja O Welche?
Bitte Medikationsplan der Praxis aushändigen, ansonsten Medikamente eintragen.

Sind bei Ihnen Erkankungen bekannt? Nein O Ja O (Bitte aufführen)
Herz O Bluthochdruck O Schlaganfall O Lunge O Magen/Darm O Zucker O
Schilddrüse O Niere O Krebs O Nervensystem O Blutgerinnungsstörungen O
Thrombosen/Embolien O andere Erkrankungen O

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? Nein O Ja O (Bitte aufführen)
HIV O Hepatitis B O Hepatitis C O Geschlechtskrankheiten O andere? O

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt? Nein O Ja O (Bitte aufführen)
Thrombose/Embolien O Bluthochdruck O Herzinfarkt O Schlaganfall O Zucker O Brustkrebs O Unterleibskrebs O sonstiger Krebs O andere Erkrankungen O