Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin mit.

Bitte auch Impfausweis mitnehmen

Vielen Dank.

Anamnesebogen Gynäkologie

**PERSÖNLICHE ANGABEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Geburtsdatum |
| Vorname | Gewicht |
| Beruf | Grösse |

**ZYKLUS / SCHWANGERSCHAFTEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Ist Ihr Zyklus regelmässig? | Ja  Nein |
| Durchschnittliche Zyklusdauer (in Tagen) |  |
| Beginn der letzten Periodenblutung (Datum) |  |
| Alter bei der ersten Periodenblutung (Menarche) |  |
| Haben Sie geboren? | Ja  Nein |
| Wenn ja, wann: | Wenn ja, wie:  Spontangeburt  Kaiserschnitt  Saugglocke / Zange |
| Hatten Sie Eileiterschwangerschaften?  Wenn ja, wann: | Ja  Nein |
| Hatten Sie Fehlgeburten?  Wenn ja, wann: | Ja  Nein |
| Planen Sie eine Schwangerschaft? | Ja  Nein |
| Verhüten Sie? | Ja  Nein |
|  | Wenn ja, wie:  Kondom  Pille  Spirale  andere Methode |

**OPERATIONEN / ERKRANKUNGEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Hatten Sie gynäkologische Operationen?  Wenn ja, welche: | Ja  Nein  Wenn ja, wann: |
| Hatten Sie sonstige Operationen?  Wenn ja, welche: | Ja  Nein  Wenn ja, wann: |
| Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?  Wenn ja, welche: | Ja  Nein |
| Nehmen Sie Hormone?  Wenn ja, welche: | Ja  Nein |
| Nehmen Sie andere Medikamente?  Wenn ja, welche: | Ja  Nein |
| Sie bei Ihnen Allergien bekannt?  Wenn ja, welche: | Ja  Nein |
| Hatten Sie eine Thrombose oder Embolie?  Wenn ja, wann: | Ja  Nein |
| Leiden Sie unter regelmässiger Migräne?  Wenn ja, wieviel:  mit Aura\*  ohne Aura\* \* neurologische Funktionsausfälle | Ja  Nein |
| Gibt es in Ihrer Familie Fälle von nebenstehenden Erkrankungen? | Thrombose  Embolie  Eierstockkrebs  Brustkrebs  Darmkrebs  Behinderungen/Missbildungen/Chromosomenanomalien?  Andere Erkrankungen  Details dazu: |
| Rauchen Sie?  Wenn ja, wieviel Zigaretten/Tag: | Ja  Nein |
| Trinken Sie regelmässig Alkohol?  Wenn ja, wieviel: | Ja  Nein |
| Nehmen Sie Drogen? | Ja  Nein |
| Wenn ja, welche: |  |

**KONTROLLEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Wann war Ihre letzte gynäkologische Kontrolle? |  |
| Wann war Ihre letzte Brustkontrolle? |  |
| Mit welcher Methode? | Mammografie  Ultraschall  Magnetresonanz |
| Hatten Sie eine Darmspiegelung? | Ja  Nein |
| Wann war die letzte Impfung/ Kontrolle des Impfausweises? |  |

**Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zum Termin mit.**

Datum:

Unterschrift Patientin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diese Informationen werden vertraulich behandelt.