



Dr. med. Geerd Hensmann
Facharzt für Frauenheilkunde & Geburtshilfe

ANAMNESE FÜR IHREN TERMIN AM: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Telefonnummer: _____

Handynummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Adresse (Straße/PLZ/Wohnort): _____

Familienstand: _____ Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Hausarzt (Name/Ort): _____

Mit wie vielen Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung? _____

1. Tag der letzten Regel: _____ (Datum)

Zyklus regelmäßig: ja nein Zyklusdauer/Dauer der Blutung _____

Regelbeschwerden: ja: _____

nein

Schwangerschaften:

Jahr	Entbindungsart (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Eileiterschwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch)	Kind gesund?	Erkrankung während der Schwangerschaft
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Aktuell Kinderwunsch ja, seit _____ nein

Fragen bei bestehendem Kinderwunsch:

Ungeschützter Geschlechtsverkehr seit: _____ (Monat/Jahr)

Untersuchung der Eileiter durchgeführt: ja nein

Spermiogramm des Partners/ Ehemannes durchgeführt? ja nein

Wann? _____ Ergebnis? _____



Dr. med. Geerd Hensmann
Facharzt für Frauenheilkunde & Geburtshilfe

ANAMNESE

Krankengeschichte:

Jahr	Art der Operation

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ja, und zwar: _____
 nein

Leiden Sie unter irgendwelchen Krankheiten? nein

- ja: _____

Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, bei wem?

- Herzinfarkt _____ Schlaganfall _____ Thrombose/Embolie _____
 Brustkrebs _____ Eierstockkrebs _____ Gebärmutterhalskrebs _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge _____ (Monat/Jahr)?

Gab es dabei Auffälligkeiten? ja nein

Falls ja, wo waren Sie in Behandlung? _____

Verhüten Sie gegen Schwangerschaften? nein

- ja, seit _____ (Monat/Jahr) mit:
 Pille _____ (welche?)
 Spirale _____ (welche?)
 natürlich
 Kondom Sterilisation sonstige _____



Dr. med. Geerd Hensmann
Facharzt für Frauenheilkunde & Geburtshilfe

ANAMNESE

Haben Sie bekannte Allergien?

ja, gegen: _____ nein

Rauchen Sie? ja, _____ Zigaretten/Tag nein

Konsumieren Sie Drogen? ja, _____ (welche?)
 nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja, _____ (wieviel?)
 nein

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Werden alle Ihre Impfungen alle durch den Hausarzt kontrolliert? ja nein

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) vollständig geimpft? ja nein

Lassen Sie sich jährlich gegen Grippe impfen? bisher nicht ja nein

Sind Sie in den Wechseljahren: ja nein

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden? nein

ja: _____

Grund des heutigen Besuchs: _____

Anmerkungen/Kritik: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

**Bitte ausgefüllt zusenden: als PDF an info@frauenarzt-hensmann.de
per Post: Schwachhauser Heerstr. 63a · 28211 Bremen - per Fax: 0421 - 544060**

Vielen Dank! Ihr Praxisteam