

# ANAMNESE

## FRAUENARZTPRAXIS KATHARINA HEMPEL

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Akupunktur · Neuraltherapie

Liebe neue Patientin,

bitte füllen Sie vor dem Arztgespräch den folgenden Fragebogen **sehr gründlich** aus.  
Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank.

### ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort/Land
Anschrift	
Telefon	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber

### ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEIT UND ZU ERKRANKUNGEN

Hausarzt	Fachärzte (chron. Krankh.)	
Heilpraktiker	Hebamme	
Größe	Gewicht	
Allergien	Allerg. Reaktionen auf Medikamente	
Dauermedikamente (bitte Medikamentenplan mitbringen)		
Rauchen (Zigaretten/Tag)	Täglich Alkohol?	Drogenkonsum

### ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN

Bluthochdruck, Diabetes, Thrombose/Blutgerinnungsstörungen, Herz/Leber/Niere/Lunge,  
Stütz- und Bewegungsapparat, Nerven/Sinnesorgane/seelische KH, Erbkrankheiten, HNO, andere

Selbst (Was)	Familie (Wer, Was)

### FAMILIÄRE KREBSLEIDEN

Selbst (Krebsart, Alter)	Familie (Wer, Krebsart, Alter)

### NICHTGYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

Was	Wann	Wo

## GYNÄKOLOGISCHE ANGABEN UND ERKRANKUNGEN

Erste Monatsblutung (Alter)	Menopause (Alter)	1. Tag der letzten Monatsblutung
Zyklus aller wieviel Tage	Dauer (Tage) der Blutung	Schmerzhaft?
Hormone/Pille	andere Verhütung	
Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Impfausweis vorgelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## SCHWANGERSCHAFTEN UND GEBURTEN

Anzahl geborener Kinder	Geburtsjahre
Art der Geburt (spontan, Sectio)	Stillzeit

	Wann	Operation?	Wo
Fehlgeburten			
Totgeburten			
Eileiterschwangerschaften			

## GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN

Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter, Inkontinenz/Senkungs-OP, Ausschabungen, Schwangerschaftsabbrüche, Bauchspiegelungen, kosmetische Operationen, andere

Was	Wann	Wo

## HABEN SIE MOMENTAN BESCHWERDEN?

---

---

---

---

---

Unterschrift Patientin

Unterschrift Ärztin