

Dr. Sabine Vescia

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schulstr. 43a | 65795 Hattersheim am Main | Tel. 061 90/43 00 | Fax 061 90/91 99 800
E-Mail: frauengesundheit-hattersheim@web.de | www.frauengesundheit-hattersheim.de

Frauengesundheit
Hattersheim



Krankengeschichte (Anamnese):

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Tel.: _____ **Hausarzt:** _____

Aus welchem Grund sind Sie heute hier?

Bitte nennen Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht: _____ cm, _____ kg.

In welchem Alter hatten Sie das erste Mal Ihre Periodenblutung? Mit _____ Jahren.

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Periodenblutung (bitte Datum angeben)? _____

In welchen Abständen kommt Ihre Periodenblutung? _____ Tage.

Wie viele Tage blutet es? _____ Tage. o stark o mittel o schwach (bitte ankreuzen)

Welches Mittel verwenden Sie zur Schwangerschaftsverhütung? _____

Seit wann benutzen Sie es? _____ Jahren. Benutzten Sie vorher andere? Welche?

Wenn Sie Hormone einnehmen: seit wann? _____ welches Präparat? _____

Wann war Ihre letzte Krebsfrüherkennungs-Untersuchung? _____

Waren Sie schon mal zur Mammografie (Röntgen der Brust)? Wenn ja, wann zuletzt? _____

Wurde bei Ihnen schon mal eine Darmspiegelung vom gesamten Dickdarm (Koloskopie) durchgeführt? Wenn ja, wann? _____

Wenn Sie Kinder haben, nennen Sie bitte das Geburtsjahr, das Geschlecht und wie Sie entbunden haben (z.B. normale Spontangeburt, Kaiserschnitt, Zange, Saugglocke)?

Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen, welche?

Gab es während der Entbindung Komplikationen, welche?

Hatten Sie Fehlgeburten? Wie viele? Mit oder ohne Ausschabung? _____

Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche? Wie viele? _____

Hatten Sie Frühgeburten oder Totgeburten? _____ In welchem Monat? _____

Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? Wann und warum? _____

Bitte wenden zu Seite -2-

Anamnese Seite -2-

Sind sie gegen Masern/Mumps/Röteln geimpft? O ja o nein

Hatten sie: Masern? O ja o nein, Mumps? O ja o nein, Röteln? O ja o nein,

Windpocken? O ja o nein

Sind sie gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) geimpft? O ja o nein

Welche Operationen aller Art wurden bei Ihnen bereits durchgeführt? Wann?

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Embolie? Wann? An welchem Körperteil?

Leiden Sie an anderen Krankheiten jeglicher Art, z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Osteoporose? _____

Hatten Sie früher Krankheiten jeglicher Art, z.B. Leberentzündung, Herzinfarkt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche und wofür? _____

Leiden Sie unter Allergien? Welche? _____

Rauchen Sie? o nein o 0-10 Zigaretten täglich o 10-20 täglich o über 20 täglich (bitte ankreuzen)

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Was und wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen oder haben Sie schon mal Drogen genommen? Welche? _____

Haben Sie Schwierigkeiten beim Wasserlassen oder verlieren Sie unwillkürlich Urin? _____

Haben Sie Stuhlgangprobleme? _____

Gibt es in Ihrer Familie schwere Erkrankungen? Wer und was? (z.B. Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Fehlbildungen, psychische Krankheiten, Chromosomenanomalien, Osteoporose, Krebserkrankungen) _____

Wenn eine nahe Verwandte Brustkrebs hatte: Wie alt war sie bei Entdeckung der Erkrankung? ____

Wie ist sie behandelt worden? _____

Wie geht es der Verwandten? _____

Was machen Sie beruflich? _____

Vielen Dank für die Beantwortung der vielen Fragen.

Datum: _____

Ihr Praxisteam Dr. S. Vescia
