

## 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 Röteln? o ja o nein Sind Sie gegen Röteln geimpft? o ja o nein

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-

---

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?  nein  0-10 Zigaretten täglich  10-20 täglich  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? \_\_\_\_\_

Wenn ja, bei welchen Gelegenheiten verlieren Sie 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

---