Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin mit.

Vielen Dank.

Anamnesebogen Gynäkologie

**PERSÖNLICHE ANGABEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Hier bitte den Text eingeben. | Geburtsdatum Hier bitte den Text eingeben. |
| Vorname Hier bitte den Text eingeben. | Gewicht Hier bitte den Text eingeben. |
| Beruf Hier bitte den Text eingeben. | Grösse Hier bitte den Text eingeben. |

**ZYKLUS / SCHWANGERSCHAFTEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Ist Ihr Zyklus regelmässig? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Durchschnittliche Zyklusdauer | Anzahl Tage. Tage |
| Beginn der letzten Periodenblutung | Datum. |
| Alter bei der ersten Periodenblutung (Menarche) | ca. Anzahl Jahre. Jahre |
| Haben Sie geboren? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  Wenn ja, wann: Hier bitte den Text eingeben. | Wenn ja, wie: [ ]  Spontangeburt[ ]  Kaiserschnitt [ ]  Saugglocke / Zange |
| Hatten Sie Eileiterschwangerschaften?  Wenn ja, wann: Hier bitte den Text eingeben. | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Hatten Sie Fehlgeburten?  Wenn ja, wann: Hier bitte den Text eingeben. | [ ]  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: Hier bitte den Text eingeben. | [ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja, wann: Hier bitte den Text eingeben. |
| Hatten Sie sonstige Operationen? Wenn ja, welche: Hier bitte den Text eingeben. | [ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja, wann: Hier bitte den Text eingeben. |
| Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? Wenn ja, welche: Hier bitte den Text eingeben. | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Nehmen Sie Hormone?  Wenn ja, welche: Hier bitte den Text eingeben. | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Nehmen Sie andere Medikamente? Wenn ja, welche: Hier bitte den Text eingeben. | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Sie bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche: Hier bitte den Text eingeben. | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Hatten Sie eine Thrombose oder Embolie? Wenn ja, wann: Hier bitte den Text eingeben. | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Leiden Sie unter regelmässiger Migräne?Wenn ja, wieviel: [x]  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 ErkrankungenDetails dazu: Hier bitte den Text eingeben. |
| Rauchen Sie?  Wenn ja, wieviel: Anzahl. Zigaretten/Tag | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, wieviel: Hier bitte den Text eingeben.  | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Nehmen Sie Drogen? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  Wenn ja, welche: Hier bitte den Text eingeben. |  |

**KONTROLLEN**

|  |  |
| --- | --- |
| Wann war Ihre letzte gynäkologische Kontrolle? | Hier bitte den Text eingeben. |
| Wann war Ihre letzte Brustkontrolle? | Hier bitte den Text eingeben. |
|  Mit welcher Methode? | [ ]  Mammografie[ ]  Ultraschall[ ]  Magnetresonanz |
| Hatten Sie eine Darmspiegelung? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Wann war die letzte Impfung/ Kontrolle des Impfausweises? | Hier bitte den Text eingeben. |

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

Datum: Hier bitte den Text eingeben.

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

Diese Informationen werden vertraulich behandelt.