

## Anamnesefragebogen für Frauen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist. Bei Unklarheiten wenden Sie sich an unser Team.

| Persönliche Angaben |  |              |  |
|---------------------|--|--------------|--|
| Name, Vorname       |  | Geburtsdatum |  |
| Adresse             |  |              |  |
| Beruf               |  | Versicherung |  |
| Tel./Mobil          |  | E-Mail       |  |
| Körpergröße         |  | Gewicht      |  |
| BMI                 |  |              |  |

| Hauptbeschwerden                                              |                                                  |                                                     |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Aufgrund welcher Hauptbeschwerden stellen Sie sich heute vor? |                                                  |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden um die Wechseljahre      | <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen         | <input type="checkbox"/> Prämenstruelle Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> bekannte Hormonstörungen             | <input type="checkbox"/> Erschöpfungssymptomatik | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____           |

| Gynäkologische Anamnese         |                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Letzte Periodenblutung (LR)?    | Datum: _____                                                                                                                                                          |
| Alter bei erster Monatsblutung? | Jahre: _____                                                                                                                                                          |
| Aktuelle Zykluslänge?           | <input type="checkbox"/> regelmäßig, alle ____ Tage <input type="checkbox"/> unregelmäßig, ____ - ____ Tage                                                           |
| Dauer der Blutung?              | ____ Tage                                                                                                                                                             |
| Stärke der Blutung?             | <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark                                   |
| Verhütungsmittel?               | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pille <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Sonstige: ____ |
| Hormonpräparate?                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: ____ seit: ____                                                                                    |
| Geburten (Geburtsjahr)?         |                                                                                                                                                                       |
| Fehlgeburten – Wann?            |                                                                                                                                                                       |

| Vorsorge & Operationen                   |                                                                                                                                         |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Letzte gyn. Vorsorgeuntersuchung?</b> | Monat: ____ Jahr: ____                                                                                                                  |
| <b>Letzter Brustultraschall?</b>         | Monat: ____ Jahr: ____                                                                                                                  |
| <b>Mammographie?</b>                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, unauffällig (Jahr: ____) <input type="checkbox"/> ja, auffällig (Jahr: ____) |
| <b>Darmspiegelung?</b>                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann: ____                                                                   |
| <b>Gynäkologische Operation?</b>         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                               |
| Art der OP: _____ Jahr: ____             |                                                                                                                                         |
| <b>Sonstige Operationen?</b>             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                               |
| Art der OP: _____ Jahr: ____             |                                                                                                                                         |

| Bestehende Erkrankungen                             |                                                      |                                          |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <i>Bitte Zutreffendes ankreuzen</i>                 |                                                      |                                          |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Epilepsie                   | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus          | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen          |                                          |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoiditis      |                                          |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung    | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen           |                                          |
| <input type="checkbox"/> Magen-, Darmerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauferkrankungen |                                          |
| <input type="checkbox"/> Asthma / chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie           |                                          |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen    | <input type="checkbox"/> Krebs / Tumorerkrankungen   |                                          |
| <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen     |                                          |

| Medikamente, Mikronährstoffe & Allergien            |                                                           |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Regelmäßig Medikamente?</b>                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Präparat(e): _____                                  |                                                           |
| <b>Regelmäßig Mikronährstoffe?</b>                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Mineralstoffe / Vitamine / Probiotika: _____        |                                                           |
| <b>Medikamentenunverträglichkeiten?</b>             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Wirksubstanz: _____                                 |                                                           |
| <b>Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten?</b> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Allergene / Lebensmittel: _____                     |                                                           |

| Lebensstil                       |                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bewusste Ernährung?</b>       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> Biokost <input type="checkbox"/> low carb <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan |
| <b>Alkohol &gt;4x / Woche?</b>   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                  |
| <b>Drogen?</b>                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, selten <input type="checkbox"/> ja, regelmäßig: ____ /Wo                                                                                        |
| <b>Rauchen?</b>                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1-5 Zig./Tag <input type="checkbox"/> >5 Zig./Tag <input type="checkbox"/> ____                                                                     |
| <b>Sportlich aktiv?</b>          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig: ____ /Wo                                                                                          |
| <b>Ruhepausen / Entspannung?</b> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Methode: _____                                                                                                                                  |

| Familienanamnese                                                                                                                        |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Erkrankungen in der engeren Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern)?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                                  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen                                                                                       | <input type="checkbox"/> Gebärmutterkrebs        |
| <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie                                                                                            | <input type="checkbox"/> Genetische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Darmkrebs                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Osteoporose             |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____        |

| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?              |                                                                  |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung Freunde / Bekannte | <input type="checkbox"/> Empfehlung des betreuenden Arztes: ____ |
| <input type="checkbox"/> Internet / Webseite           | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                        |

|                                      |                                                                                                       |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Frankfurt a. M. / München, den _____ | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> Unterschrift Patientin |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|