

**ANAMNESE-FRAGEBOGEN (GYN)**

Bitte ausfüllen, Zutreffendes unterstreichen.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt, Name der Praxis \_\_\_\_\_

Ihr bisheriger Frauenarzt, wann zuletzt dort \_\_\_\_\_

**FRAGEN ZUR FAMILIE**

Gibt es in Ihrer Familie: Brustkrebs, Unterleibskrebs, Darmkrebs, anderen Krebs?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leiden Ihre Eltern oder Geschwister an: Diabetes, Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Thrombose, Schlaganfall?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EIGENE VORGESCHICHTE**

Hatten Sie schon Operationen? Welche? Wann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Geburten, Aborte oder Abbrüche?

Geburtsdatum, Geburtsart (normal / Kaiserschnitt), Geburtsort

Komplikationen?

\_\_\_\_\_

Haben / Hatten Sie Probleme mit der Menstruation? Welche? Datum der letzten Mens?

\_\_\_\_\_

Verhüten Sie? Mit welcher Methode?

\_\_\_\_\_

Haben/hatten Sie Brustprobleme? Letzte Mammografie?

\_\_\_\_\_

Welche anderen Krankheiten haben/hatten Sie?

---

---

Allergien und Unverträglichkeiten?

---

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?  
(Name + Dosierung notieren)

---

---

Wann war der letzte Check-Up?

---

...die letzte Krebsvorsorge / PAP -Abstrich?

---

#### **ZUSÄTZLICHE ANGABEN ZU LIFE-STYLE UND SOZIALES**

Leben Sie allein, mit Partner, in Familie?

---

Rauchen Sie? Wieviel Zigaretten pro Tag?

---

Trinken Sie Alkohol? Wenig oder regelmässig?

---

Machen Sie Bewegung und Sport?

---

**HABEN SIE AKTUELLE BESCHWERDEN - WAS IST DER GRUND DES BESUCHES?**  
(Bitte mit der Ärztin besprechen)

---

BESTEN DANK FÜR IHRE INFORMATIONEN, DIE WIR VERTRAULICH BEHANDELN.

Unterschrift