FRAUENÄRZTIN
OLGA TRENKLER

Frauenarztpraxis Olga Trenkler

Wasserburger Straße 2 A
83544 Albaching
Tel.: 08076 - 8875847

www.frauenarztpraxis-albaching.de

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten.
Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Bitte fragen Sie uns, wenn sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Name:

Straße:

Geb.datum:

Körpergröße: …… cm **Gewicht:** …… kg

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: ……

telefonisch erreichbar: privat: …….. dienstlich: ……...

Handy: ……..

Email: ${Patient.email} ……

Hausarzt (Name, Ort): ……

Regelblutung: erste Regel (Periode) mit …….. Jahren
keine Regel (Periode) mehr seit …….. Jahren

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann erfolgte die letzte **Impfung**?

Hepatitis A ☐ ……... Hepatitis B ☐ ……

Tetanus ☐ ……... Diphterie ☐ ……

Polio ☐ ……... Tuberkulose ☐ ……

HPV (Gebärmutterhalskrebs) 2x geimpft ☐ oder (ab 15J) 3x geimpft ☐

Keuchhusten ☐ ……

Maser, Mumps, Röteln ☐ ……...

Sonstige (Grippe, Influenza) ☐ ……

Wann war die **letzte gynäk. Untersuchung und Wo?**……

Wann war die **letzte Krebsvorsorge?** ……

Wann war die l**etzte Sonographie/Mammographie und Wo?** ……

Oder sind Sie im Mammographie Screening-Programm? ……

Wann war die **letzte Darmspiegelung und war diese Auffällig?**……

Haben Sie **derzeit Beschwerden?**……...

nein ☐ ☐ ja, welche?……

Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:		
Methode	von	bis

Eigene Erkrankungen:
Erkrankung (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung)

Ernsthafte Erkrankungen in der Familie	
Verwandtschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörung, Erbkrankheiten)

Allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm, Knie ect.)	
Datum	Art des Eingriffs

Gynäkologische Operationen	
Datum	Art des Eingriffs

Geburten			
Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften			
Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiterschwangerschaft/ Seite (rechts/links)

Hatten Sie bereits Geschlechtsverkehr ?

☐ ja ☐ nein

Ist ihr Zyklus regelmäßig oder eher unregelmäßig ?

☐ ja Zykluslänge bitte angeben (z.b. 28 Tage) …… ☐ unregelmäßig

Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch?

☐ ja, seit: …….. ☐ nein

Besteht bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft, oder vermuten Sie schwanger zu sein?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann war der 1. Tag der letzten Periode?……

Besteht bei Ihnen derzeit ein Bedarf zur sicheren Verhütung z.b. Pille/Spirale ect.?

☐ ja ☐ nein

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder besteht ein Familiäres Risiko ?

☐ ja, wann/wer: …….. ☐ nein

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:		
Medikament	Dosis	seit

Allergische Reaktionen auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod?:

☐ nein

☐ ja, auf: .....

K**onsum von:**			
	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

Sonstiges:

……

……

……

……

Albaching, 26.08.2026 **Unterschrift: ……**