

# Frauenarztpraxis Schortens

## Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe

Dr. med. Christina Bruness  
Svetlana Geibel  
Praxis für Gynäkologie  
Elsa-Brandström-Straße 2  
26419 Schortens  
Telefon: 04461-84088  
Telefax: 04461-84089

---

Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

In welchem Alter war Ihre erste Regelblutung? \_\_\_\_\_  
Wie viele Tage liegen normalerweise zwischen den Regelblutungen: \_\_\_\_\_  
Wann begann Ihre letzte Regelblutung? \_\_\_\_\_  
Kontrazeption (Pille, Implanon, Spirale) \_\_\_\_\_

Wie oft waren Sie Schwanger? \_\_\_\_\_  
Wie viele Kinder haben Sie bereits geboren? \_\_\_\_\_  
Wie waren die Geburten? Normal, Kaiserschnitt, Zange oder Saugglocke? \_\_\_\_\_

Waren Sie an den folgenden Organen schon einmal schwer erkrankt? Bitte Unterstreichen:

Herz    Leber    Niere    Nervensystem    Schilddrüse    Atemwege

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

\_\_\_\_\_

Bei welchen Ärzten sind Sie noch in Behandlung?

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Fachärzte: \_\_\_\_\_

Welche Operationen hatten Sie bereits?

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

Gibt es in Ihrer Familie eine der folgende Krankheiten? Bitte kreuzen Sie an:

Darmkrebs: \_\_ Brustkrebs: \_\_ Prostata Krebs: \_\_ Eierstock Krebs: \_\_ Zuckerkrankheit: \_\_

Bluthochdruck: \_\_

Angeborene Fehlbildungen/Erbkrankheiten: \_\_\_\_\_

Thrombose oder eine andere Störung der Blutgerinnung: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie, wenn ja wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Besteht Alkoholgenuss? \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

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