



Anamnesebogen operative Gynäkologie

Bitte möglichst vollständig ausfüllen

Was ist der Grund für Ihren Besuch?

- Myome
- Endometriose
- Senkungsbeschwerden
- Inkontinenz
- Zysten
- Kinderwunsch
- Sonstiges: _____

Haben Sie regelmäßig Bauchschmerzen?

 Ja Nein

- Wo sind die Schmerzen im Bauch? _____
- Stärke der Schmerzen (von 0-10) _____

 links rechts mittig

Schmerzen in Abhängigkeit der Regelblutung

 Ja Nein

- Stärke der Schmerzen (von 0-10) _____

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

 Ja Nein

Leiden Sie unter Blutungsstörungen?

 Ja Nein

- Sehr starke Menstruation
- Sehr lange Menstruation (über 10 Tage)
- Sehr schwache Menstruation
- Zusatz- und Zwischenblutungen
- Blutung nach der Menopause (wenn länger als 1 Jahr keine Menstruation erfolgt ist)

Sind Sie schon in der Menopause?

 Ja Nein

- Alter bei letzter Periode _____

Wann war Ihre letzte Regelblutung? ____ Tag | ____ Monat | ____ Jahr

Ein normaler Zyklus dauert 28 Tage (vom 1. Tag der Blutung bis zum nächsten 1. Tag der Blutung). **Wie lange dauert Ihr Zyklus normalerweise?** ____ Tage

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?

 Ja Nein

Leiden Sie unter unwillkürlichem Urinverlust?

 Ja Nein

- Beim Husten | Niesen | Lachen | schweren Heben
- Beim Gehen | Treppensteigen | leichten Heben
- In Ruhe | im Liegen

Haben Sie Beschwerden beim Stuhlgang? Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine Senkung der Organe vor? Ja Nein
(Druck- bzw. Fremdkörpergefühl)

- Haben Sie bisher einen Pessar verwendet? Ja Nein

Leiden Sie unter Vorerkrankungen? Ja Nein

- Bluthochdruck
- Diabetes Mellitus
- Schilddrüse Überfunktion Unterfunktion Hashimoto
- Sonstiges _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

- Blutdrucksenkende Medikamente _____
- Blutverdünnende Medikamente _____
- Schilddrüsenhormone _____
- Sonstige Medikamente _____

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

- Gebärmutterentfernung
 - Durch die Scheide
 - Über einen Bauchschnitt
 - Über eine Bauchspiegelung
- Entfernung der Eierstöcke
 - Einseitig rechts links
 - Beidseitig
- Entfernung der Eileiter
 - Einseitig rechts links
 - Beidseitig
- Eierstock- oder Eileiteroperation
- Myom
 - Über einen Bauchschnitt
 - Über eine Bauchspiegelung
 - Von der Scheide aus
- Harninkontinenz Operation
- Operation wegen Gebärmuttersenkung
- Mandeln
- Schilddrüsenoperation
- Blinddarm
- Gallenblase
- Leistenbruch rechts links
- Nabelbruch
- Darmoperation
- Andere Operationen _____

Leiden Sie an Allergien / Überempfindlichkeitsreaktionen? Ja Nein

Latex

Medikamente _____

Nahrungsmittel _____

Sonstige _____

Anzahl Schwangerschaften ____ | **Anzahl Geburten** ____ (davon Kaiserschnitte ____)

Schwangerschaftsverhütende Maßnahmen:

Pille Spirale (Kupfer / Hormonspirale) Kondome Sonstige _____

Besteht bei Ihnen Kinderwunsch?

Ja Nein perspektivisch

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister oder Kinder)? Ja Nein

Wenn ja, welche und bei wem:

Wann waren Sie zuletzt bei einem Gynäkologen? ____ Monat ____ Jahr

War der Abstrich beim Gynäkologen unauffällig?

Ja Nein

Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein

Welchen Beruf üben oder übten Sie aus? _____

Ihre Körpergröße _____ cm | **Ihr aktuelles Gewicht** _____ kg

Falls ein/e nächste/r Angehörige/r oder eine Vertrauensperson nach einer Operation telefonisch von uns über den OP-Verlauf informiert werden soll, geben Sie bitte den Namen und die Telefonnummer an:

Haben Sie eine Patientenverfügung?

Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum: _____

Unterschrift Patientin: _____

Unterschrift Arzt: _____