

# Anamnesebogen

Willkommen in unserer Praxis!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen benötigen, melden Sie sich gerne bei uns:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Gewünschte Anrede:

Herr + Nachname  Frau + Nachname

Vorname + Nachname

Nur Nachname  Nur Vorname

Gewünschte Pronomen: \_\_\_\_\_

Erste Sprache: \_\_\_\_\_ Zweite Sprache: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wie sind sie versichert? : \_\_\_\_\_

z.B. Gesetzlich, privat, beihilfeberechtigt, Unfallversicherung, Selbstzahler\*in

## Persönliche Gesundheitsanamnese

Biologisches Geschlecht: .....

Hinweis: Mit dieser Information können wir Medikamentenverabreichung und Krankheitsverläufe besser abschätzen, da diese nicht bei allen gleichermaßen verlaufen.

Leiden Sie unter einer hormonellen Erkrankung?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

z.B. Schilddrüsenerkrankung wie Hashimoto, Schilddrüsen Unter- oder Überfunktion

Bluthochdruck  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Tumorerkrankungen  Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Operationen/ Unfälle  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja

Wenn ja, wie viel pro Tag / Woche: \_\_\_\_\_

Nicht mehr seit: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

Nein  Ja

Wenn ja, wie viel ca. pro Woche / Monat: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie andere Substanzen/Drogen?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?

Nein  zugenommen  abgenommen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

## Gynäkologische Anamnese

Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Letzte vaginale Untersuchung: \_\_\_\_\_.

Letzte Mammographie/Ultraschall der Brust: \_\_\_\_\_

Letzter Abstrich: \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine Endometriose diagnostiziert?

Dieser Anamnesebogen wird kostenlos zur Verfügung gestellt von Queermed Deutschland. Stand Q1 / 2024

Nein  Ja Wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen HP-Viren (Gebärmutterhalskrebs) geimpft?

Nein

Ja, alle 3 Impfungen  Ja, aber nicht alle 3 Impfungen

Wie verhüten Sie?

Pille (Name)\_\_\_\_\_

Spirale (Name)\_\_\_\_\_

Kondom

Sonstiges\_\_\_\_\_

Partner ist sterilisiert  gar nicht

Hat bei Ihnen eine hormonelle Transition stattgefunden? Nein  Ja

Falls ja: Welche Präparate nehmen Sie regelmäßig ein und in welcher Dosierung?

Hat eine geschlechtsangleichende Operation stattgefunden?  Nein  Ja

Falls ja: Wann fand diese statt? \_\_\_\_\_

Welche Körperbereiche betrifft dies? \_\_\_\_\_

Ist eine Untersuchung der Brüste im Rahmen eines Brustkrebs-Screenings gewünscht (Abtasten des Busens)?

Bitte keine Untersuchung

Bitte nur anweisen, abtasten möchte ich selbst

Ich bin mit einer Brustuntersuchung einverstanden

## Menstruationsanamnese:

Falls Sie menstruieren/menstruiert haben:

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode? \_\_\_\_\_ Jahre

Wenn Sie Ihre Periode noch bekommen:

1. Tag der letzten Periode: \_\_\_\_\_
2. Zyklusdauer: Blutungsdauer \_\_\_\_Tage / Zyklusdauer\_\_\_\_ Tage  
 regelmäßig  unregelmäßig
3. Zwischenblutungen:  ja  nein
4. Blutungsstärke:  stark  mittel  schwach

Falls Ihre Menopause bereits begonnen hat:

Wann war ihre letzten Periode? \_\_\_\_\_ Jahre

Haben Sie Beschwerden?  Nein  Ja

Wenn ja, welche?

---

Sind Sie in hormoneller Behandlung aufgrund der Beschwerden?

Nein  Ja

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

## Schwangerschaftsanamnese

Waren Sie in der Vergangenheit jemals schwanger? :  Nein  Ja

Wenn ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie geboren? \_\_\_\_\_(Kinder)

vaginal:\_\_\_\_\_ Kaiserschnitt: \_\_\_\_\_

Fehlgeburten: Keine  Wenn Ja: Anzahl \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsabbrüche: Keine  Wenn Ja: Anzahl \_\_\_\_\_

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie hier noch mitteilen möchten?

---

---

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen bzgl. des Datenschutzes ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_