

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

Welches Geschlecht ist für Sie das passendste? (Geschlechtsidentität)?

Oder: mit welchem Geschlecht identifizieren Sie sich?

Ich bin...

weiblich männlich nicht-binär möchte ich nicht sagen _____

Hinweis:

Leiden Sie unter einer hormonellen Erkrankung?

Nein Ja _____

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

Dieser Anamnesebogen wird kostenlos zur Verfügung gestellt von Queermed Deutschland. Stand Q2 / 2024

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: _____

Dieser Anamnesebogen wird kostenlos zur Verfügung gestellt von Queermed Deutschland. Stand Q2 / 2024

Wurde bei Ihnen eine Endometriose diagnostiziert?

Nein Ja Wann? _____

Sind Sie gegen HP-Viren (Gebärmutterhalskrebs) geimpft?

Nein

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

Wie verhüten Sie? Ggf. auch um sexuell übertragbare Krankheiten zu vermeiden?

Pille (Name)_____

Spirale (Name)_____

Kondom

Lecktuch

Sonstiges_____

Partner ist sterilisiert ich bin sterilisiert

PrEP (Präexpositionsprophylaxe) gegen HIV

gar nicht

Wünschen Sie Aufklärung zur Benutzung von verschiedenen Verhütungsmitteln für nicht-heterosexuelle Liebespraktiken?

Ja Nein

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: _____