



Patientenstammdaten

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Hausarzt: _____

Notfallkontakt: _____

Menstruationsanamnese

Alter bei erster Regelblutung: _____ Jahre

Erster Tag der letzten Regelblutung: _____

Zykluslänge: _____ Tage

Blutungsdauer: _____ Tage

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Blutungsstärke: ☐ schwach ☐ normal ☐ stark ☐ sehr stark

Regelschmerzen: ☐ keine ☐ leicht ☐ mittel ☐ stark

Zwischenblutungen: ☐ Ja ☐ Nein

Schmierblutungen: ☐ Ja ☐ Nein

Menopause: ☐ Nein ☐ Ja seit _____

Verhütung und Sexualgesundheit

Aktuelle Verhütung:

☐ Pille

☐ Hormonspirale

☐ Kupferspirale

☐ Kondom

☐ Keine ☐ Sonstige

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr: ☐ Ja ☐ Nein

Sexuell übertragbare Erkrankungen: ☐ Ja ☐ Nein

Brustanamnese

Vorerkrankungen an der Brust: _____

Knoten bemerkt: ☐ Ja ☐ Nein

Brustschmerzen: ☐ Ja ☐ Nein

Sekretion aus Brustwarze: ☐ Ja ☐ Nein

Letzte Mammographie: _____

HPV-/Dysplasieanamnese Gebärmutterhals

Letzter PAP-Abstrich: _____

Auffälliger PAP-Befund: ☐ Ja ☐ Nein

Konisation durchgeführt: ☐ Ja ☐ Nein

HPV-Test: ☐ Ja ☐ Nein

HPV-Impfung: ☐ vollständig ☐ teilweise ☐ nein

Schwangerschafts- und Geburtsanamnese

Schwangerschaften: _____

Geburten: _____

Spontangeburt: _____

Kaiserschnitte: _____

Fehlgeburten: _____

Eileiterschwangerschaften: _____

Schwangerschaftsabbrüche: _____

Komplikationen: _____

Vorerkrankungen

☐ Diabetes

☐ Bluthochdruck

☐ Schilddrüse

☐ Endometriose

☐ PMOS (PCOS)

☐ Thrombose

☐ Migräne

☐ Osteoporose

Sonstige: _____

Voroperationen: _____

Medikamente: _____

Beckenboden- und Inkontinenzfragebogen

Keinen Beschwerden: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, seit wann bestehen Beschwerden? _____

Urinverlust beim Husten/Niesen/Lachen: ☐ nie ☐ selten ☐ häufig

Urinverlust bei Belastung: ☐ Ja ☐ Nein

Urinverlust nachts: _____

Plötzlicher Harndrang: ☐ Ja ☐ Nein

Toilettengänge tagsüber: _____

Toilettengänge nachts: _____

Vorlagen pro Tag: _____

Senkungsgefühl: ☐ Ja ☐ Nein

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr: ☐ Ja ☐ Nein

Stuhlentleerungsstörungen: ☐ Ja ☐ Nein

Leidensdruck (0–10): _____