

Klinikdirektor: Prof. Dr. Thomas Schwenzer  
Beurhausstraße 40, 44137 Dortmund  
Telefon: 0231 / 953 - 21480

Klinikum Dortmund gGmbH  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Münster



**GYNONKO DO**  
Gynäkologisches Krebszentrum  
Dortmund



**PERINATAL DO**  
Perinatalzentrum  
Dortmund

### Fragebogen zur Anamnese

Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Frauenarzt: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Versicherung: \_\_\_\_\_

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

Familienstand:  
 ledig       verheiratet       geschieden       verwitwet

Möchten Sie eine Kontaktperson angeben?  
 nein       ja  
Name: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit:  
 nein       ja, Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung notwendig?  
 nein       ja

Patientenverfügung oder Betreuung vorhanden?  
 nein       ja      \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie:  
 nein       ja  
Väterlicherseits: \_\_\_\_\_  
Mütterlicherseits: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  
 nein       ja  
gegen welche Substanzen? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  
 nein       ja  
Anzahl Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Regelmäßiger Alkoholkonsum?  
 nein       ja  
Anzahl Gläser pro Tag? \_\_\_\_\_

Sind Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Herz-Kreislauf:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Krebs:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Diabetes:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Thrombose:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Magen-Darm:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Schilddrüse:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	_____
			_____
			_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Hormone (z.B. die „Pille“) ein?

nein       ja

Name : \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden Sie schon mal operiert?

nein       ja

Was? \_\_\_\_\_ Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Entbindungen?

nein       ja

Wie? \_\_\_\_\_ Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Wie? \_\_\_\_\_ Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Wie? \_\_\_\_\_ Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Wie? \_\_\_\_\_ Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Mammographie?

nein       ja

Wann/Wo? \_\_\_\_\_

Wie haben Sie zu uns gefunden?

Empfehlung vom Arzt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Notfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nächstgelegenes Haus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Empfehlung durch andere	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Medienberichte, Internet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ich war schon mal hier	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____
Sonstiges:		_____
		_____

Ergänzungen/Wünsche/Kritik:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_