



Frauenarztpraxis  
**Dr. Kopprasch**

Dr. med. U. Kopprasch Amalie-Dietrich-Platz 5 01169 Dresden

Dr. med.  
**Ulf Kopprasch**  
Facharzt für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe

Amalie-Dietrich-Platz 5  
01169 Dresden

Telefon: 0351- 4114014  
Fax 0351- 4161245

Email: info@dr-kopprasch.de  
www.dr-kopprasch.de

## Anamnesebogen

Mit Ihren Angaben helfen Sie uns die Sicherheit Ihrer medizinischen Betreuung zu gewährleisten.

Name, Vorname: Geb.-datum:  
Telefon: Mobil: E-Mail:  
Größe: cm Gewicht: kg Beruf:

Hausarzt bish..Fauenarzt/ Ärztin:  
(für evtl. Befundanforderung)

### Eigenanamnese

Alter bei erster Blutung: Lebensjahr der allerletzten Blutung:  
Zyklus (Dauer und Abstand): Letzte Periode:

Geburten:(Wann?): Kaiserschnitt Zange/ Saugglocke  
Spontangeburt

Geburtsverletzungen oder Operation bei Entbindung:

Fehlgeburt: Schwangerschaftsabbruch:  
(Wann?) (Wann?)

Wie verhüten Sie im Moment:  
Pille: Ja/ Nein: seit wann: welche Pille:  
Spirale: Ja/ Nein: seit wann: welche Spirale:  
Andere Verhütungsmethoden:

Gynäkologische Operationen:

Tumorerkrankungen:

Werden oder wurden Sie wegen Erkrankung(en) betreut:  
*Bluthochdruck, Diabetes, Herzerkrankungen, Epilepsie, Migräne, Blutgerinnungsstörungen,  
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, psychische Erkrankungen?*

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: (wenn ja,- siehe Tabelle)  
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Embolie?  
Operationen: (wenn ja, - siehe Tabelle)  
Chronische Infektionskrankheiten: (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)

Rauchen: (Zig. täglich?) Alkohol (regelmäßig):  
 Allergien: Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten:  
 Letzte Darmspiegelung: Letzte Mammographie:

Medikamentenplan:

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Zur Nacht

Operationen:

Welche Operation?	Wann wurde diese durchgeführt (Jahr?)

**Familienanamnese: (Wer?)**

Sind bei Ihren Familienangehörigen folgende Erkrankungen aufgetreten? Wenn ja, bei wem?

Krebserkrankungen: Diabetes:  
 Thrombose/Embolie: Herzinfarkt:  
 Schlaganfall: Bluthochdruck:  
 Andere Erkrankungen:

Ich bestätige meine Angaben und erkläre mich gleichzeitig mit der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu Behandlungszwecken gemäß ausliegender Datenschutzerklärung einverstanden.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung – Ihr Dr. med. Ulf Kopprasch & Paxisteam

