

## Anamnesebogen

Dr. Matthias Matzko, Radiologie  
Telefon: +49 (0) 8131 / 76 392  
Fax: +49 (0) 8131 / 61 69 689  
info@mrgfus.de

Liebe Patientin,

wir bitten Sie freundlichst, sich kurz Zeit zu nehmen, um diesen Aufnahmebogen gut leserlich auszufüllen und ihn anschließend zusammen mit den MRT-Aufnahmen an unser FUS-Center weiterzuleiten.

Vielen Dank!

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel./Handy: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie:  nein  ja

Seit wann haben Sie Probleme mit Gebärmuttermyomen? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Periode zum Zeitpunkt der MRT-Untersuchung : \_\_\_\_\_

Nehmen Sie derzeit und/oder regelmäßig Medikamente (auch Hormone) ein ?  nein  ja, und zwar

(Name der/s Produkts): \_\_\_\_\_

Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)?

nein  ja Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Grunderkrankung, wie z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Epilepsie oder auch Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa (chron. Entzündliche Darmerkrankungen) etc und wenn ja, welche?

Gab es eine Thrombose in der Vergangenheit ?  nein  ja

Besteht eine Blutgerinnungsstörung / Erkrankungen des Blutgerinnungssystems ?  nein  ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Besteht eine Hauterkrankung (z.B. Neurodermitis)?  nein  ja Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine Operation im Unterbauch durchgeführt?

nein  ja Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie Narben durch Voroperationen oder eine Tätowierung am Bauch?

nein  ja, durch folgende Operation/an folgender Stelle: \_\_\_\_\_

Welche Myomtherapie wurde Ihnen bereits von Ihrem Gynäkologen empfohlen?

Gebärmuttertotalentfernung (inkl. GM-Hals) durch:  Bauchspiegelung  vaginal  Bauchschnitt

Gebärmutterteilentfernung (Halserhaltend) durch:  Bauchspiegelung  vaginal  Bauchschnitt

Gebärmuttererhaltende Myomentfernung durch:  Bauchspiegelung  vaginal  Bauchschnitt

Myomembolisation:  MR-gesteuerter fokussierter Ultraschall:

Bitte wenden

**Unter welchen Beschwerden leiden Sie?**

- Regelbezogene Schmerzen  Unspezifische Schmerzen  Schmerzen beim Geschlechtsverkehr  
 (Manifester) Eisenmangel  Druck auf Organe/ Harnblase

Verstärkte Blutungen:  nein  ja

Wenn ja: Wie viele Tage dauert Ihre Periode: \_\_\_\_ Wie viele Tampons/Binden benötigen Sie ca. pro Tag: \_\_\_\_

Sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Kinderwunsch:**  nein  ja

**Familienplanung abgeschlossen:**  nein  ja

**Menopause (Wechseljahre) eingetreten:**  nein  ja

**Haben Sie eine Spirale/Hormonspirale?**  nein  ja

**Soll ein Bericht an einen bestimmten Arzt gehen? Wenn ja, bitte Name/Adresse angeben:**

---

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?** \_\_\_\_\_

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