

Anamnesebogen



Liebe Patientin,

Herzlich Willkommen in unserer Frauenarztpraxis! Bitte füllen Sie in Ruhe den Fragebogen aus und teilen Sie uns bei Folgebehandlungen bitte mit, falls sich etwas geändert haben sollte. Vielen Dank!

NAME: **VORNAME:** **GEBURTSDATUM:**

ANSCHRIFT: **VERSICHERUNG:**

TELEFON: **MOBIL:** **EMAIL:**

Größe:cm **Gewicht:**kg **BERUF** **RAUCHEN:** nein ja:tägl.

ZYKLUS: Abstand Dauer unregelmäßig **Letzte Blutung:**

VERHÜTUNG: KEINE Kondom Spirale:..... Pille/Ring: andere:.....

HPV-Impfung: ja keine **Letzte Mammographie:** **Letzte Darmspiegelung**

SCHWANGERSCHAFTEN:

Keine vaginale Geburten (Jahre): **Kaiserschnitte (Jahre):**.....

Fehlgeburten: **Eileiterschwangerschaften:** **Abbrüche:**

ERKRANKUNGEN (früher oder aktuell):

- | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> KEINE | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Thrombose/ Embolie |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Migräne mit/ohne Aura |

MEDIKAMENTE:

OPERATIONEN:

- keine Konisation Gebärmutterentfernung OP an Eierstöcken Brust-OP Endometriose
 Schilddrüsen-OP Blinddarmentfernung Gallenblasenentfernung Darm-OP Leistenbruch
 andere:

ALLERGIEN: KEINE Heuschnupfen/Pollen Antibiotika Medikamente Pflaster Latex Jod
 Nahrungsmittel Hausstaub andere:

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE:

- KEINE
 Thrombose Lungenembolie Schlaganfall Diabetes Herzinfarkt Bluthochdruck
 Brustkrebs Eierstockkrebs Gebärmutterkrebs Darmkrebs andere Krebserkrankungen

Musberg, den..... Unterschrift.....