



# Anamnesebogen

Bitte tragen Sie hier Ihren **Namen** und Ihre **Telefonnr.** ein: \_\_\_\_\_

Wünschen Sie Infos ggf. per Mail, bitte hier **E-Mail-Adresse** angeben: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr **Hausarzt?** : \_\_\_\_\_

1. Was führt Sie heute zu uns?

\_\_\_\_\_

2. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

\_\_\_\_\_

3. Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

4. Wie groß sind Sie, was wiegen Sie?

\_\_\_\_\_

5. Erkrankungen:

- Herz
- Bluthochdruck
- Lunge
- Leber
- Nieren
- Diabetes
- Sonstige:

6. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und warum?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Nehmen Sie die Pille / Hormonpräparate? Wie verhüten Sie?

- Nein     Ja (welche/seit wann?)

\_\_\_\_\_

9. Mit wie viel Jahren hatten Sie die erste Blutung?

\_\_\_\_\_

10. Ist die Menstruation regelmäßig?

- Ja
- Nein
- Bestehen Zwischen- / Vorblutungen?
- \_\_\_\_\_ Tage Abstand vom 1. Tag der Blutung bis zum nächsten 1. Tag
- \_\_\_\_\_ Tage Dauer der Blutung

11. Liegt eine Spirale, wenn Ja, seit wann?

\_\_\_\_\_

12. Geburten

- Anzahl: \_\_\_\_\_
- Wann: \_\_\_\_\_
- davon Kaiserschnitte / Zangen- / Saug-Glockengeburten: \_\_\_\_\_

13. Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche

- Anzahl: \_\_\_\_\_
- Wann: \_\_\_\_\_

14. Untersuchungen beim Frauenarzt:

- Letzte Untersuchung: \_\_\_\_\_
- Letzte Vorsorge: \_\_\_\_\_
- Letzte Mammografie: \_\_\_\_\_

15. Wann war der erste Tag Ihrer letzten Periodenblutung? \_\_\_\_\_

16. Gab es Krebs / schwere Erkrankungen in der Familiengeschichte? Was? Bei wem?

\_\_\_\_\_