



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?
