

ANAMNESEBOGEN:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ihre Telefonnummer: Ihr Hausarzt:

Ihre Größe Ihr Gewicht

Letzte Regelblutung Letzte gyn. Untersuchung/Abstrich?

ERSTE Regelblutung im Leben, in welchem Alter? circa

Verhütung aktuell? Hormontherapie aktuell?

Haben Sie eine HPV-Impfung bekommen?

Haben Sie Kinder geboren? Wie viele und wann? Gab es Besonderheiten?
.....

Hatten Sie eine Fehlgeburt? Abbruch? Eileiterschwangerschaft?

Erkrankungen oder Operationen der Gebärmutter/Eierstöcke/Eileiter?
.....

Erkrankung oder Operationen der Brust?

Hatten Sie schon eine Mammografie? Wann?

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung? Wann?

Chronische Erkrankungen

(z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Migräne mit Aura, Übergewicht/Adipositas, Depression, Epilepsie, Blutgerinnungsstörung/Thrombophilie, Osteoporose, andere?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?
.....

Hatten Sie Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung?
.....

Rauchen Sie? Wie viel pro Tag? Alkoholkonsum?

Drogenkonsum? Allergien bekannt?

Hatten Sie schon Operationen? (z.B. Blinddarm, Gallenblase, Schilddrüse, Mandeln, Kaiserschnitt andere?)
.....

BITTE WENDEN →

FamilienAnamnese:

Sind bei Ihnen in der Familie folgende Erkrankungen bekannt? Bei wem? In welchem Alter?

Gerinnungsstörungen, Thrombophilie

Thrombose

Lungenembolie

Brustkrebs

Eierstockkrebs

Darmkrebs

Andere Krebsarten

Diabetes / Zuckerkrankheit

Andere Erkrankungen? Bei wem? In welchem Alter?

.....

Bei Veränderungen der o.g. Informationen, bitte dem Praxispersonal mitteilen, danke!

Datum.....

Unterschrift