



ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Telefonnummer _____
E-Mail _____
Größe _____
Gewicht _____
Beruf _____

1. Was ist der Anlass dieses Arztbesuches? _____
2. Datum des **1. Tag der letzten Regelblutung:** _____
3. Mit wieviel Jahren hatten Sie Ihre **erste Regelblutung ?** _____
4. Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung? _____
5. Hatten Sie jemals **kontrollbedürftige gynäkologische Befunde?**
 ja / nein Wenn ja, welche _____
6. Haben Sie **Allergien?**
 ja / nein Wenn ja, welche: _____
7. **Rauchen** Sie ?
 ja / nein Wenn ja, wieviele täglich? _____
8. Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente?**
 ja / nein Wenn ja, welche: _____
9. **Verhüten** Sie? nein ja mit Pille Kondom Spirale Ring
Präparat: _____

Bitte wenden

10. Leiden Sie unter einer der **folgenden Krankheiten**? (zutreffendes ankreuzen)

- Bluthochdruck
- Herz- Kreislauferkrankungen
- Diabetes mellitus
- Thrombose
- Nierenfunktionsstörung
- Schilddrüsenerkrankung
- Magen- Darmerkrankung
- Schlaganfall
- Migräne
- Leber- Gallenfunktionsstörung
- Sonstiges _____

11. Sind Sie **Schwanger**? ja / nein / möglicherweise

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Anzahl: **Schwangerschaften**? _____

Anzahl: **Geburten**? _____ davon mit _____ Kaiserschnitt _____ Zange

_____ Saugglocke

Anzahl: **Fehlgeburten**? _____ **Abbrüche**? _____

Eileiterschwangerschaften? _____

12. Wurden Sie schon einmal **operiert**? ja / nein

Wenn ja, was und wann? _____

13. Sind Sie gegen **HPV (Gebärmutterhalskrebs)** vollständig geimpft?

ja / nein

14. Gibt es in Ihrer **Familie eine der folgende Erkrankungen**? (zutreffendes ankreuzen)

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Thrombose
- Lungenembolie
- Diabetes mellitus
- Brustkrebs
- Gebärmutterhalskrebs
- Eierstockkrebs
- Sonstiges: _____