



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 eine 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: _____