



Anamnesebogen

Name, Vorname:		
Telefon:		Geb.-Datum:
Anschrift:		
E-Mail:		
Hausarzt:		Krankenkasse:
Größe:	Gewicht:	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja wie viele?		
Leiden Sie unter Chron. Erkrankungen? (z.B. Schilddrüsen-, Leber-, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Thrombose, Krampfadern)		
Welche Medikamente nehmen Sie? Weshalb?		
Erkrankungen in Ihrer Familie (z.B. Thrombose, Lungenembolie, Krebs, sonstige Krankheiten)? Wenn ja, welche und welches Familienmitglied? In welchem Alter aufgetreten?		
Mit welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?		Ist Ihre Blutung regelmäßig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie oft kommt Ihre Monatsblutung?		Wie lange dauert Ihre Monatsblutung?
Wann war Ihre letzte Regelblutung? (Datum)		
Sollten Sie seit längerer Zeit nicht mehr bluten, wann hat die Blutung ca. ausgesetzt?		
Haben Sie Kinder? Wenn ja wie viele? Geburtsdatum der Kinder?		



<p>Geburten Bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Vakuumentraktion <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt</p>		
<p>Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann?</p>		
<p>Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann?</p>		
<p>Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? Wenn ja, welche und wann?</p>		
<p>Hatten Sie andere Operationen? (z.B. Blinddarm, Mandel Operation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann?</p>		
<p>Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?</p>		
Wann war Ihre letzte Untersuchung beim Frauenarzt?		Wie heißt der vorherige Gynäkologe?
Wann hatten Sie Ihre letzte Mammographie oder Mamma-US?		Falls Verhütung – mit welcher Methode verhüten Sie? <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Pille /Pillename? <input type="checkbox"/> IUP (Spirale) <input type="checkbox"/> Sonstige
Wann wurde das letzte Mal Ihr Impfstatus kontrolliert?		Haben Sie die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs vollständig erhalten?
<p>Grund Ihres Besuches? <input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> anderes Problem</p>		
Ihre Fragen oder Wünsche		

Ich erkläre mich mit der **elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten Einverstanden und wurde auf mein Widerrufsrecht hingewiesen.**

_____ Datum

_____ Unterschrift