

ANAMNESEBOGEN

1 von 2



Patient:

Name, Vorname

_____._____._____
Geb.-Datum

Ihre Telefonnummer

Ihr Hausarzt

_____._____._____._____.
Ihre Größe cm Ihr Gewicht kg

Letzte Regelblutung

Letzte gyn. Untersuchung/Abstrich?

ERSTE Regelblutung im Leben, in welchem Alter? circa

Verhütung aktuell?

Hormontherapie aktuell?

Haben Sie eine HPV-Impfung bekommen? ja nein

Haben Sie Kinder geboren? ja nein Wie viele? ____

Wann? _____

Besonderheiten

Hatten Sie eine Fehlgeburt? Abbruch? Eileiterschwangerschaft? ja nein
Unterstreichen Sie betreffendes

Erkrankungen oder Operationen der Gebärmutter/Eierstöcke/Eileiter? ja nein
Unterstreichen Sie betreffendes

Erkrankung oder Operationen der Brust? ja nein

Hatten Sie schon eine Mammografie? Und wann? ja nein _____

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung? Und wann? ja nein _____

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? ja nein
Unterstreichen Sie betreffendes

Rauchen Sie? ja nein Wie viel pro Tag? ___

Alkoholkonsum? ja nein Drogenkonsum? ja nein _____

Allergien? ja nein _____

Hatten Sie schon Operationen?

(z.B. Blinddarm, Gallenblase, Schilddrüse, Mandeln, Kaiserschnitt andere?)

Familienanamnese

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

Gerinnungsstörungen, Thrombophilie ja nein Wer? _____ im Alter von ___

Thrombose ja nein Wer? _____ im Alter von ___

Lungenembolie ja nein Wer? _____ im Alter von ___

Brustkrebs ja nein Wer? _____ im Alter von ___

Eierstockkrebs ja nein Wer? _____ im Alter von ___

Darmkrebs ja nein Wer? _____ im Alter von ___

Andere Krebsarten ja nein Wer? _____ im Alter von ___

Diabetes / Zuckerkrankheit ja nein Wer? _____ im Alter von ___

Andere Erkrankungen ja nein Wer? _____ im Alter von ___

Wer? _____ im Alter von ___

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

Datum ____.

Unterschrift _____