



Sehr geehrte Patientin,

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig und vollständig aus und bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Patientin

.....
Name, Vorname

.....
Geb.-Datum

Anschrift

.....
Straße Hausnummer

.....
Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail.....

Tel. (Mobil) Beruf.....

Grund Ihres Besuches:

Hausarzt Größe Gewicht.....

1. Allergien? nein

ja welche:

2. Rauchen Sie? nein

ja wie viel am Tag? seit wann?

aufgehört seit wann?

3. Alter bei der ersten Regelblutung? 1. Tag der letzten Regel?

Dauer der Regel in Tagen Beschwerden bei der Regel?

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung / Krebsvorsorge?

Und bei wem?

4. Verhüten Sie? nein

ja womit?

Ankreuzhilfen: Pille Pflaster Spirale Kondom Ring

5. Operationen? nein

Ja welche?.....

Bitte wenden und beide Seiten ausfüllen



6. Kinderwunsch? nein

ja seit wann:.....

7. Sind Sie Schwanger? nein

ja welche Woche/Monat?

möglicherweise

8. Frühere Schwangerschaft: nein

ja wie viele:.....

Spontangeburt? Kaiserschnitt..... Zange/Saugglocke.....

Komplikationen:.....

Fehlgeburten? Abbrüche?

9. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall Gerinnungsstörung

Blutungsneigung Krampfadern Thrombose Migräne Diabetes

Lebererkrankung Nierenerkrankungen Harninkontinenz

Schilddrüsenkrankheiten Lungenerkrankung Epilepsie Osteoporose

Arthrose Gemütskrankung Hepatitis / HIV Krebserkrankungen

Sonstiges:.....

10. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? nein

ja welche:.....

11. Traten in Ihrer (blutsverwandten) Familie (Eltern / Geschwister / Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes Thrombose

Allergien Krebserkrankungen Geburtliche Fehlbildungen Erbkrankheiten

Sonstiges:.....

.....

Datum Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung. Ihr Praxisteam.

Bitte wenden und beide Seiten ausfüllen