



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 ☐ Gemütererkrankung ☐ 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.