

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

bitte beantworten Sie in Ruhe diesen Fragen, die für eine richtige und gute Behandlung wesentlich sind. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen benötigen. Alle Angaben sind natürlich vertraulich.

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Adresse: _____

Tel/Festnetz: _____

Handynummer: _____

Email: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Versicherung: _____

Ggf. Zusatzversicherung: _____

Hausarzt: _____

Haben Sie Kinder?	Geburtsjahr	Gewicht	Wie geboren? Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke?	m/w?
Hatten Sie Fehlgeburten/ Abbrüche? J/N	Wieviele?			

Art der Verhütung: _____

(Pille, Spirale,
Mirena etc)

Hormonersatztherapie in
den Wechseljahren? Welche? _____

Eigene Operationen: _____

(z.B an Gebärmutter, Eierstöcken,
Bauchraum, Blinddarm, Brust) _____

Familiäre Erkrankungen:

(z.B. Brustkrebs, Eierstockkrebs,
oder Darmkrebs
oder *Gerinnungsstörungen,*
Thrombosen, Schlaganfälle)

Eigene

Medikamenteneinnahme:

(welche?)

Eigene Erkrankungen:

(z.B. Bluthochdruck,
Schilddrüsenerkrankung,
etc)

Allergien gegen Medikamente:

Erste Periode (Alter):

Rauchen Sie-

wenn ja, wie viele Zigaretten?:

Letzte Periode (Alter):

Größe/Gewicht:

**Letzter Frauenarzttermin
mit Vorsorgeuntersuchung:**

(bei wem?)

Letzte Mammografie:

Letzte Darmspiegelung?

Wie haben Sie von unserer
Praxis erfahren?:

(von Bekannten,
Internet, Hausarzt)

Datum, Unterschrift