

### **Anamnesebogen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Erste Periode im Alter von: \_\_\_\_\_

Letzte Periode im Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

HPV-Impfung erfolgt?  NEIN  JA ->  Vollständig  unvollständig

Haben Sie Allergien?  NEIN  JA, welche: \_\_\_\_\_

Welche **Vorerkrankungen** sind bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck  Thrombose/Embolie  Gerinnungsstörung

Schilddrüsenerkrankung, welche: \_\_\_\_\_  Schlaganfall

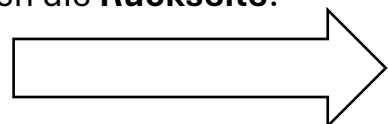
Herzinfarkt  Migräne:  mit Aura  ohne Aura

\_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie auch die **Rückseite!**



Sind in Ihrer **Familie bösartige Krankheiten** bekannt?

\_\_\_\_\_ wer? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wer? \_\_\_\_\_

Welche **Operationen** sind bei Ihnen erfolgt?

\_\_\_\_\_ im Monat / Jahr \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ im Monat / Jahr \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ im Monat / Jahr \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal **schwanger**? O JA, wie oft: \_\_\_\_\_ O NEIN

Haben Sie **Kinder geboren**? O JA O NEIN

1. Kind: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsmodus: \_\_\_\_\_ Komplikationen: \_\_\_\_\_
2. Kind: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsmodus: \_\_\_\_\_ Komplikationen: \_\_\_\_\_
3. Kind: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsmodus: \_\_\_\_\_ Komplikationen: \_\_\_\_\_

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie? O JA O NEIN

Was möchten Sie mir noch mitteilen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_