

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

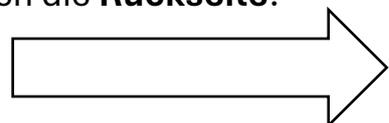
Herzinfarkt Migräne: mit Aura ohne Aura

_____ 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?

