



ANAMNESEBOGEN

	Druckbuchstaben	Druckbuchstaben	
Nachname		Geburtsname	
Vorname		Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit		Geburtsort	
Straße Haus-Nr.		PLZ, Ort	
Tel. -privat		Tel.- Mobil	
Fax-Nr.		e-Mail	
Familienstand		Beruf	
Arbeitgeber		Tel.-Arbeit	
Krankenversicherung		Krankenversicherung-Nr.	
Hausarzt		Letzter Frauenarzt	
Größe (in cm)		Gewicht (kg)	
Alter bei erster Periode		Wie ist Ihre Zyklus-Dauer	26-30 Tage kürzer länger
Ende Blutung bis Beginn Blutung	unregelmäßig regelmäßig	Wie lange hält Ihre Periode an?	
Wie stark ist Ihre Blutung?	stark mittel schwach	Ihre letzte Periode 1.Tag war:	
Wie ist Ihre Blutgruppe?		Haben Sie einen Impfpass?	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Hormone ein?	Nein Ja (welche?) - - - -	Verhüten Sie?	Nein Ja seit: Pille (welche) - Spirale (welche*) -



Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien bekannt?	Nein	Ja (welche) - - - - -	Allergien bekannt? Allergie-pass?	Nein	Ja (welche) - - - - -
Haben Sie schon einmal eine Mammographie?	Nein	Ja (zuletzt wann) - - - - - -	Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt? (Monat / Jahr)	- - - - -	
Leiden Sie aktuell unter Beschwerden? In welcher Form?	- - - - - -		Haben Sie chronische Krankheiten? (Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Krampfadern, Schilddrüsenerkrankung, Asthma/Atemnot, COPD, Lebererkrankung, Nierenerkrankung, Krebserkrankung etc.)	- - - - - -	
Haben Sie Kinder? (wenn ja, Monat, Geburtsjahr; Geschlecht; wie entbunden? Frühgeburt?)	Nein	Ja - - - -	Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?	Nein	Ja (wann) - - - -
Hatten Sie schon mal eine Entzündung der Gebärmutter?	Nein	Ja (Jahr) - -	Hatten Sie schon mal eine Entzündung der Eierstöcke / Eileiter?	Nein	Ja (Jahr) - -
Sind Sie schon einmal an Thrombose erkrankt?	Nein	Ja (Jahr) -	Sind Sie schon einmal an Venenentzündung erkrankt?	Nein	Ja (Jahr) - -
Hatten Sie schon einmal eine Embolie?	Nein	Ja (Jahr) -	Rauchen Sie?	Nein	Ja (seit)
Trinken Sie Alkohol? (mehr als tägl.150ml)	Nein	Ja -	Nehmen Sie Drogen?	Nein	Ja
FAMILIENANAMNESE (Großeltern, Eltern und Geschwister) Hatte jemand aus der Familie jemals eine(n)					
Bluthochdruck	Nein	Ja	Diabetes mellitus	Nein	Ja
Embolie	Nein	Ja	Erbkrankheiten	Nein	Ja
Herzinfarkt	Nein	Ja	Schlaganfall	Nein	Ja
Thrombose	Nein	Ja	Venenentzündung	Nein	Ja
Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen? Wenn ja, wer und welche?					
Nein	Ja 1)	2)	3)	4)	5)



Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Hausarzt / Überweiser / Internet / Familie / Freunde / Bekannte / Kollegen / Telefonbuch / Sonstige:

Ich bestätige, dass meine oben gemachten Angaben vollständig und korrekt sind.

Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes werden von mir unverzüglich weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Hinweis

Wir erlauben uns, Ihnen nicht rechtzeitig abgesagte Termine (spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin) in Rechnung (50 EUR) zu stellen

*) Spirale von:

Implanon
Nuva Ring
3 Monatspritze
Kupferkette
Sterilisation
Sterilisation des Partners
Sonstiges