

Anamnesebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

Beruf: _____

Beziehungsstatus _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gibt oder gab es Erkrankungen in **Ihrer** Familie? Ja Nein

(z.B. Thrombose, Lungenembolie, Krebs, sonstige Krankheiten)

Wenn ja, welche und welches Familienmitglied? Bitte auch das Alter angeben.

Ist Ihre Blutung regelmäßig? Ja Nein

Wann hatten Sie Ihre **erste** Blutung? _____

Wie oft kommt Ihre Monatsblutung (z.B. je 28 oder 32 Tage) und wie lange dauert sie?

Wann war Ihre **letzte** Monatsblutung? _____

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Wenn ja, wie viele und wann geboren?

Art der Geburt? Spontan Kaiserschnitt Vakuumentzug

Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Anamnesebogen

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation?
Wenn ja, welche und wann?

Ja

Nein

Hatten Sie andere Operationen?
(z.B. Blinddarm, Mandeln, etc.)
Wenn ja, welche und wann?

Ja

Nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge beim Frauenarzt? _____

Wurde bei der letzten gynäkologischen Untersuchung eine Ultraschalluntersuchung des
Unterbauches durchgeführt?

Ja

Nein

Wann war Ihre letzte Mammographie/Mamma Ultraschall? _____

Was ist der Grund Ihres Besuches? (z.B. Krebsvorsorge, Schmerzen (wo), etc.)

Ihre Fragen oder Wünsche? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Google

Bekannte

Jameda

Hausarzt

sonstiges: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift der Patientin oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin