



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin! Sie kommen heute zum ersten Mal in unsere Sprechstunde. Wir möchten Sie um einige freiwilligen Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankengeschichte bitten. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Besuchsgrund: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ 1. Tag der letzten Regelblutung: _____

Geburten? Wann? _____ Kaiserschnitt/e? _____

Fehlgeburten? _____ Schwangerschaftsabbrüche? _____

Akutelle Verhütungsmethode: _____

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/ Symptome festgestellt?

Bluthochdruck? nein ja

Herzerkrankung? nein ja

Zuckerkrankheit? nein ja

Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung? nein ja

Migräne? nein ja

Hatten/haben Sie eine Thrombose oder Lungenembolie? nein ja

Störung der Blutgerinnung? nein ja

Sind andere Erkrankungen bekannt? nein ja

Welche: _____

Allergien? nein ja

Welche? _____

Sind Sie schonmal operiert worden? nein ja

Was/ Wann? _____

Nehmen Sie Medikamente ein (auch Pille)? nein ja

Welche? _____

Rauchen Sie? nein ja

Sind Sie gegen HPV geimpft? nein ja

Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft Krebserkrankungen oder andere schwere Erkrankungen (Herzinfarkt/ Schlaganfall)? nein ja

Welche/ bei wem? _____

Wedel, den _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Ihre Frauenärztinnen Dr. Jana Caumanns und Barbara Edel