



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

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, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail:

Besuchsgrund:

Größe:

Gewicht:

1. Tag der letzten Regelblutung:

Geburten? Wann?

Kaiserschnitt/e?

Fehlgeburten?

Schwangerschaftsabbrüche?

Aktuelle Verhütungsmethode:

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/ Symptome festgestellt?

Bluthochdruck oder Herzerkrankung?	ja	nein
Zuckerkrankheit?	ja	nein
Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung?	ja	nein
Störung der Blutgerinnung?	ja	nein
Hatten/haben Sie eine Thrombose oder Lungenembolie?	ja	nein
Migräne?	ja	nein
Sind andere Erkrankungen bekannt?	ja	nein

Wenn ja, welche:



Allergien?

ja nein

Wenn ja, welche:

Sind Sie schonmal operiert worden?

ja nein

Wenn ja, welche:

Nehmen Sie Medikamente ein (auch Pille)?

ja nein

Wenn ja, welche:

Rauchen Sie?

ja nein

Sind Sie gegen HPV geimpft?

ja nein

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen/ andere schwere Erkrankungen (Herzinfarkt/Schlaganfall)?

ja nein

Welche/ bei wem?

Wedel, den

Unterschrift