

Anamnesebogen

Name/Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Anzahl der Geburten: Spontangeburt: _____ Kaiserschnitte: _____ Fehlgeburten: _____

Eileiterschwangerschaften: _____ Schwangerschaftsabbrüche: _____

Gynäkologische und/oder Brust-Operationen:

- Gebärmutterentfernung
- Eierstöcke/Eileiter-Entfernung: _____
- Brust-Operation: Welche? _____
- Andere: _____

Andere Operationen: _____

Chronische Krankheiten:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Thrombose: _____
- Schilddrüsenerkrankungen: _____
- Andere: _____

Sind in Ihrer Familie Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten?

Nein Ja (Wer: _____)

Gab/gibt es Krebserkrankungen in der Familie? Wenn ja, wer?

- Brust: _____ Eierstöcke: _____
- Darm: _____ Prostata: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?

Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? Nein Ja (Welche: _____)

Wurde die HPV-Impfung durchgeführt? Nein Ja (Impfstoff: _____)

Verhüten Sie? Nein Ja Falls ja, wie? _____

Rauchen Sie? Nein Ja (Zigaretten/Tag: _____ Seit wann? _____)

Datum: _____ Unterschrift: _____