

Anamnesebogen



Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Wann war Ihre letzte Periode? _____ Ist die Periode regelmäßig? ja nein

Stärke schwach normal stark Ist die Periode schmerzhaft? ja nein

Falls Sie in der Menopause sind, haben Sie Wechseljahresbeschwerden? ja nein

Haben Sie Kinder? Anzahl _____ Geburtsjahre _____

Wie sind ihre Kinder geboren? spontan mit Zange/Saugglocke per Kaiserschnitt

Hatten Sie Fehlgeburten? ja nein

Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch? ja nein

Haben Sie folgende Erkrankungen? Herz-Kreislauf/Gefäße (z.B. KHK, Blutdruck)

Lunge (z.B. Asthma, COPD) Niere, Blase Magen, Darm, Leber

Neurologische (z.B. Nerven, Migräne) Stoffwechsel (z.B. Schilddrüse, Diabetes)

Gerinnungsstörung /Thrombose Tumorerkrankung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Hormone ein? ja nein

Ja, folgende: _____

Sind Sie bereits einmal operiert worden? ja nein

Ja, an: _____

Rauchen Sie? ja nein Ja, _____ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Konsumieren Sie Drogen? ja nein

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben? ja nein

Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen? ja nein

Ja, folgende: _____

Wieso sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____