

# 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? \_\_\_\_\_