

## Anamnesebogen

Die nachfolgenden Fragen helfen uns, Ihnen eine komplikations- und reibungslose Behandlung zu ermöglichen. Bitte tragen Sie mit Ihren Angaben dazu bei.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Beruf: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

### Eigenanamnese

In welchem Lebensjahr hatten Sie Ihre erste Blutung? \_\_\_\_\_

In welchem Lebensjahr hatten Sie Ihre letzte Blutung? \_\_\_\_\_

Zyklus (Dauer und Abstand): \_\_\_\_\_ Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder geboren? \_\_\_\_\_

In welchen Jahren? \_\_\_\_\_

War(en) es (eine) Spontangeburt(en)? \_\_\_\_\_

Gab es Geburtsverletzungen oder war eine Operation notwendig? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Fehlgeburten? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wie verhüten Sie im Moment? \_\_\_\_\_

Wegen welcher Erkrankung werden oder wurden Sie betreut (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herzerkrankungen, Epilepsie, Migräne, Blutgerinnungsstörungen, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, psychische Erkrankungen)?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente ein? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Embolie? \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, welche Operation und wann?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)?

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_

Ist schon einmal eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten aufgetreten? Wenn ja, gegenüber welchen? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen bereits eine Mammographie durchgeführt? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### **Familienanamnese**

Sind bei Ihren Familienangehörigen folgende Erkrankungen aufgetreten? Wenn ja, bei wem?

Krebserkrankungen? \_\_\_\_\_

Diabetes? \_\_\_\_\_

Thrombose/Embolie? \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift