

## Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer/Mobil: \_\_\_\_\_  
Email-Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Wir haben einige Fragen zu Ihrer **Krankengeschichte**, deren genaue Beantwortung uns hilft, Sie besser beraten und betreuen zu können:

### Leiden Sie an einer der genannten Erkrankungen, sind Sie ggf. deshalb in Behandlung?

hoher Blutdruck       Herzerkrankung       Gerinnungsstörung       Migräne  
 erhöhte Blutfette       Thrombose       Brustkrebs       Diabetes  
 Schlaganfall       Embolie       andere Krebserkrankung       psych. Erkrankung  
andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen in der Familie (z.B. Krebs oder Thrombose)?** Wenn ja, in welchem Alter ca.?

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_

**Allergien:** \_\_\_\_\_

**Operationen/Jahreszahl:** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**, wenn ja wieviel? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**       ja       nein       gelegentlich

<b>Geburten:</b>	Jahr	normale Geburt	Kaiserschnitt	Zange/Saugglocke
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fehlgeburten       Schwangerschaftsabbruch       Eileiterschwangerschaften

Erster Tag der letzten **Periode:** \_\_\_\_\_      Wieviele Tage liegen zwischen 2 Perioden?: \_\_\_\_\_

Die Blutung dauert: \_\_\_\_\_ Tage      Wann trat die Periode zum 1.Mal auf? \_\_\_\_\_ Jahre

**Die Blutung ist**     stark     normal     schwach     schmerzhaft     unregelmäßig

**Verhütung:**     Pille (welche?) \_\_\_\_\_     Spirale     Kondom     natürlich     keine

Haben Sie die **HPV (Gebärmutterhalskrebs)-Impfung** erhalten? wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**In den Wechseljahren seit:** \_\_\_\_\_

**Hormontherapie von/bis mit:** \_\_\_\_\_

**Letzte Mammographie?** \_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie **Osteoporose**, bei wem? \_\_\_\_\_

**Grund/besonderer Anlass für Ihren Besuch?** \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: