



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Anschrift: _____ Beruf: _____

Aktueller Besuchsgrund: _____

Vorerkrankungen (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Brustkrebs |
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Hohe Blutfette |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Andere bösartige Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Migräne (mit Aura) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie | <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen: _____ |

Menstruationsanamnese

Erster Tag der letzten Periode: _____ Regelmäßiger Zyklus: ☐ ja ☐ nein

Ist die Periode stark/schmerzhaft? ☐ ja ☐ nein Aktuelle Verhütung (Kondom, Pille, IUD etc.): _____

Schwangerschaften / Geburten

- | 1. Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> normale Geburt | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Saugglocke | Schwangerschaftsverlauf
komplikationslos <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|----------------|---|--|-------------------------------------|---|
| 2. Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> normale Geburt | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Saugglocke | |
| 3. Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> normale Geburt | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Saugglocke | |
| 4. Jahr: _____ | <input type="checkbox"/> normale Geburt | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Saugglocke | |

Fehlgeburt: _____ Schwangerschaftsabbruch: _____ Eileiterschwangerschaft: _____

Weitere Angaben

Operationen: _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Rauchen Sie: ☐ nein ☐ ja, wieviele Zigaretten/d _____

HPV Impfung erfolgt: ☐ ja ☐ nein Auffälliger PAP Abstriche in der Vergangenheit: ☐ ja ☐ nein

Windpocken Erkrankung in Vergangenheit: ☐ ja ☐ nein

Familienanamnese

Fälle von Brust- oder Eierstockkrebs in der Familie: ☐ nein ☐ ja

Vorbehandlung

Waren Sie schon Patientin bei:

☐ Dr. Veronika Grünewald ☐ Dr. Ineke In der Smitten