



**Sehr geehrte Patientin,**

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen sorgfältig und vollständig aus und bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

**Patientin**

.....  
Name, Vorname

.....  
Geb.-Datum

**Anschrift**

.....  
Straße Hausnummer

.....  
Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) ..... E-Mail.....

Tel. (Mobil) ..... Beruf.....

**Grund Ihres Besuches:**

Hausarzt ..... Größe ..... Gewicht.....

**1. Allergien?** nein

ja  welche: .....

**2. Rauchen Sie?** nein

ja  wie viel am Tag? ..... seit wann? .....

aufgehört  seit wann? .....

**3. Alter bei der ersten Regelblutung?** ..... 1. Tag der letzten Regel? .....

Dauer der Regel in Tagen ..... Beschwerden bei der Regel? .....

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung / Krebsvorsorge? .....

Und bei wem? .....

**4. Verhüten Sie?** nein

ja  womit? .....

Ankreuzhilfen: Pille  Pflaster  Spirale  Kondom  Ring

**5. Operationen?** nein

Ja  welche?.....

**Bitte wenden und beide Seiten ausfüllen**



**6. Kinderwunsch?** nein

ja  seit wann:.....

**7. Sind Sie Schwanger?** nein

ja  welche Woche/Monat? .....

möglicherweise

**8. Frühere Schwangerschaft:** nein

ja  wie viele:.....

Spontangeburt? ..... Kaiserschnitt..... Zange/Saugglocke.....

Komplikationen:.....

Fehlgeburten? ..... Abbrüche? .....

**9. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

Bluthochdruck  Herzinfarkt  Schlaganfall  Gerinnungsstörung

Blutungsneigung  Krampfadern  Thrombose  Migräne  Diabetes

Lebererkrankung  Nierenerkrankungen  Harninkontinenz

Schilddrüsenkrankheiten  Lungenerkrankung  Epilepsie  Osteoporose

Arthrose  Gemütskrankung  Hepatitis / HIV  Krebserkrankungen

Sonstiges:.....

**10. Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?** nein

ja  welche:.....

**11. Traten in Ihrer (blutsverwandten) Familie (Eltern / Geschwister / Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

Bluthochdruck  Herzinfarkt  Schlaganfall  Diabetes  Thrombose

Allergien  Krebserkrankungen  Geburtliche Fehlbildungen  Erbkrankheiten

Sonstiges:.....

.....

Datum Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung. Ihr Praxisteam.

**Bitte wenden und beide Seiten ausfüllen**