



ANAMNESEBLATT

Name				Titel	
Adresse					
Telefon					
E-Mail					
Geburtsdatum			SV-Nummer		
Versicherung			Zusatzversicherung		
Arbeitgeber			Hausarzt		
Erste Menstruation	mit	Jahren	Letzte Menstruation (1. Tag)		
Zyklus regelmäßig?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zykluslänge/Dauer		
Menopause	mit	Jahren			
Kinderwunsch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Verhüten Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie den Wunsch nach einer (anderen) Verhütungsmethode?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?					
Geburten	Schwangerschaften		Aborte/Abbrüche		
DATUM/JAHR	GEBURTSMODUS	WO?	GEWICHT	KOMPLIKATIONEN	
Größe	Gewicht		BMI		
Blutgruppe	Rhesus				
Letzte Mammographie	Datum:		Ergebnis		
Letzte Knochendichte	Datum:		Ergebnis		
Letzter Krebsabstrich	Datum:		Ergebnis		

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen oder Thrombosen? ja nein

Wenn ja, welche?

VERWANDSCHAFTSGRAD	ERKRANKUNG	ERKRANKUNGSALTER	WO (OPTIONAL)

Bisherige Operationen

JAHR / ALTER	EINGRIFF	WO	BESONDERHEITEN

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?

Zuckerkrankheit: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüse: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Thrombose: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Migräne mit Aura: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	erhöhte Blutfette: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
HIV / Hepatitis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Andere:	

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten? ja nein

Rauchen Sie? ja nein Wieviele Zigaretten pro Tag?

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

MEDIKAMENT	FRÜH / MITTAGS / ABENDS	SEIT WANN?

Ich erkläre, dass ich obige Angaben nach bestem Wissen gemacht habe.

Datum

Unterschrift Patientin

Datum

Unterschrift Arzt