

Anamnesebogen

Liebe Patientin,
um so gut wie möglich über Ihre Vorgeschichte und ggf. auch Probleme und Beschwerden informiert zu sein, würden wir Sie bitten, diesen Bogen genau zu lesen und auszufüllen. So haben wir die Möglichkeit, Sie optimal beraten und behandeln zu können. Vielen Dank!

Bitte bringen Sie auch Ihren Impfpass mit!

Name: _____ Größe: _____

Vorname: _____ Gewicht: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Allergien: _____

Medikamente: _____

Familienanamnese:

Besonderheiten in der Familie: _____

genetische Erkrankungen: _____

Nikotin: ja: ___ (wie viel: ___ Zig./d) **nein:** ___

Alkohol: ja: selten: ___ mehrmals pro Woche: ___ regelmäßig: _____

Allgemeine Erkrankungen:

Schilddrüse	Asthma / Lungenerkrankung
Bluthochdruck	Herzerkrankung
Diabetes mellitus	Krebs / Carzinom
Krampfadern	Epilepsie
Thrombose / Embolie	psych. Erkrankung / Depression
sonstige: _____	Operationen _____

Gynäkologische Anamnese:

Erste Periode: _____ Letzte Periode: _____

Rhythmus der Periode (z.B. 28 d): _____

Blutungsdauer: _____ d Zwischenblutungen: ja: _____ nein: _____

Schmerzen während der Periode: keine: ___ leichte: ___ mittlere: ___ starke: ___

Geburtshilfliche Anamnese:

Schwangerschaften: _____ Anzahl der Kinder: _____ Fehlgeburten: _____

Besonderheiten bei Geburt (en): _____

gynäkologische Operationen: _____

letzte Mammographie (Röntgenaufnahme von der Brust): _____

ungewollter Urinverlust: ja: _____ nein: _____

ungewollter Stuhlverlust: ja: _____ nein: _____

sonstige wichtige Informationen: _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Ihr GynTeam West.