

Anamnese

Name: _____ Hausarzt: _____
Vorname: _____ E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
Telefonnummer: _____
Handynummer: _____

Angaben zu Ihrer Krankengeschichte:

Größe: _____ Gewicht: _____ kg 1.Tag der letzten Periode: _____

Alter bei der 1. Periode: _____

Zyklus: regelmäßig () unregelmäßig ()

Geburten: _____

Fehlgeburten/Schwangerschaftsunterbrechungen: _____

Wie verhüten Sie: gar nicht (); Pille (); Spirale (); 3-Monats-Spritze (); Kondom ()

Gynäkologische Operationen? In welchem Jahr? Sonstige Operationen

Vorerkrankungen: z.B Herz, Diabetes, Magen, Schilddrüse, Bluthochdruck,
Krebserkrankungen:

Familiäre Krankheitsbelastungen: Thrombose, Diabetes, Bluthochdruck, Osteoporose

Allergien: _____

Sind Sie Raucherin: _____ wenn ja, Anzahl der Zigaretten pro Tag:

Trinken Sie Alkohol: () gar nicht, () selten, () gelegentlich

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein:

Alter bei Wechseljahresbeschwerden:

Alter bei letzten Periode:

Darmspiegelung: _____ wenn ja, wann?

Mammographie: _____ wenn ja, wann?

Rötelimpfung: () ja , () nein

HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft:

Groß-Umstadt, den _____

Unterschrift: _____