

# 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 und Medikationsplan 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 Praxis-Team**