

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen. Selbstverständlich besprechen wir die Antworten ausführlich mit Ihnen. Bitte teilen Sie uns mit, falls sich etwas ändern sollte.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

NAME	VORNAME
-----	-----
TELEFON Festnetz	mobil
-----	-----
BERUF	E-MAILADRESSE
-----	-----
GRÖßE	GEWICHT
-----	-----
WANN WAR IHRE LETZTE BLUTUNG?	

ZYKLUS	Abstand: Tage Dauer: Tage Stärke: <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> stark
-----	-----
GEBURTEN	Geburtsjahr: Geschlecht: <input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt
-----	-----
FEHLGEBURTEN	Jahr Operation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----	-----
EIGENE ERKRANKUNGEN	<input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Asthma / chron. Bronchitis <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Leber <input type="checkbox"/> Magen- / Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Migräne / Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Herz- / Kreislauf- / Gefäßsystem-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Schilddrüse <input type="checkbox"/> Sonstige:
-----	-----
MEDIKAMENTE / HORMONE (z.B. Antibabypille, Spirale)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
-----	-----
OPERATIONEN	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
-----	-----
RAUCHEN SIE?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zigaretten / Tag
-----	-----
ALLERGIEN (z.B. gegen Antibiotika)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:
-----	-----
ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE	<input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Schlaganfall / Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Brustkrebs <input type="checkbox"/> Eierstockkrebs <input type="checkbox"/> weitere Krebserkrankungen: <input type="checkbox"/> Andere chronische Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Sonstige:
-----	-----

Ort, Datum

Unterschrift Patientin