

ANAMNESEBLATT

Name				Titel	
Adresse					
Telefon					
Geburtsdatum			SV-Nummer		
Versicherung			Zusatzversicherung		
Beruf			Hausarzt		
Grund der Untersuchung:		<input type="checkbox"/> Routine	Beschwerden, wenn ja - welche:		
Erste Menstruation	mit	Jahren	Letzte Regelblutung:		
Zyklus regelmäßig?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Zykluslänge/Dauer		
Kinderwunsch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Verhüten Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
			Seit wann?		
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		Blutgruppe/Rhesus:	
Letzte Untersuchung:		Datum:		Ergebnis	
Letzte Mammographie:		Datum:		Ergebnis	
Letzte Knochendichte:		Datum:		Ergebnis	
HPV-Impfung:		Datum:		Ergebnis	

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen oder Thrombosen?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			
VERWANDTSCHAFTSGRAD	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"/>
Blutgerinnung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie: ja <input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüse: ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüse:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Thrombose: ja <input type="checkbox"/>
Migräne mit Aura:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	erhöhte Blutfette: ja <input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfette:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnung: ja <input type="checkbox"/>
HIV/Hepatitis:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Andere:
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
		Wenn ja, welche?	
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wieviele Zigaretten pro Tag?
Nehmen Sie Medikamente?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
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