

ANAMNESE

Handynummer

Festnetztelefon

E-Mail-Adresse

Name Hausarzt

Stimmen Ihre Daten? Bitte ggf. korrigieren!

1. Größe cm Gewicht Kg Beruf

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode?

Jahre

Wann hatten Sie zuletzt Ihre Periode?

Datum

1. Tag der letzten Periode bzw. Jahr der Menopause.

Ist Ihr Zyklus zwischen 25 und 35 Tagen lang?

JA

NEIN

(vom Tag der ersten Blutung bis zum Beginn der nächsten Blutung)

Wie lange dauert die Blutung?

Tage

Wann war Ihr letzter Besuch beim Frauenarzt oder Ihre letzte Krebsvorsorge?

Jahr

Name Ihres letzten Frauenarztes (und Ort, wenn nicht ES)

2. Haben Sie Allergien? (z.B. gegen Medikamente? Lokalanästhetika?) NEIN JA
Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Zig./Tag

NEIN

JA

Nehmen Sie Medikamente ein?

NEIN

JA

Wenn ja, welche?

Haben Sie bedeutsame Vorerkrankungen oder aktuelle Krankheiten?

NEIN

JA

Wenn ja, welche?

Hatten Sie Operationen?

NEIN

JA

Wenn ja, welche / wann?

3. Hatten Sie schon einmal eine Mammographie? NEIN JA
Wenn ja, wann?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?

NEIN

JA

Wenn ja, wann?

Hatten Sie oder ein Familienmitglied eine Thrombose / Lungenembolie / Schlaganfall oder liegt eine Gerinnungsstörung vor? Wenn ja, wer hatte was?

NEIN

JA

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen?

NEIN

JA

Wenn ja, welche und bei wem, Erkrankungsalter?

4. Waren Sie schon einmal schwanger? NEIN JA

Jahr	GEBURT NORMAL (N) oder KAISERSCHNITT (K)		KIND		
	N/K	Probleme	m/w	Gewicht	Besonderheiten/Krankheiten

Hatten Sie schon eine Fehlgeburt? NEIN JA
Wenn ja, wann? In welcher Schwangerschaftswoche?

Ist Ihre Schwangerschaft eingetreten nach
 Natürlicher Empfängnis Hormonbehandlung Künstlicher Befruchtung

Gab es im bisherigen Schwangerschaftsverlauf Besonderheiten? NEIN JA
Wenn ja, welche?

Hat Ihr Partner bedeutsame Vorerkrankungen oder aktuelle Erkrankungen? Wenn ja, welche? NEIN JA

Gibt es in Ihrer Familie oder der Ihres Partners angeborene Krankheiten, Fehlbildungen, Erbkrankheiten oder Chromosomenstörungen? NEIN JA
Wenn ja, welche?

5. Benötigen Sie ein Rezept oder eine Überweisung? NEIN JA
Wenn ja, was?

Haben Sie Ihren Impfpaß dabei? NEIN JA

Falls Vorerkrankungen vorliegen: Haben Sie Arztbriefe dabei? NEIN JA

Vielen Dank für's Ausfüllen! Wenn Ihnen der Platz nicht ausreicht, lassen Sie sich bitte ein leeres Blatt geben und schreiben dort weiter!