

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus bzw. kreuzen Sie zutreffendes an.

Name _____ Vorname _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftl.: _____

Behandelnder Hausarzt: Name/Wohnort _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____

Trinken Sie Alkohol? Nein Selten Gelegentlich Regelmäßig

Rauchen Sie? JA wie viele täglich _____ Nein Gelegentlich

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es in Ihre Familie Erbkrankheiten, Diabetes, Hypertonie, genetische Erkrankungen

Krebserkrankungen, andere schwere Leiden? Nein

Ja, mütterlicherseits _____

ja, väterlicherseits _____

Gynäkologische Anamnese:

Wann haben Sie das erste Mal ihre Periode bekommen? Alter/ Jahr _____

Zyklus: regelmäßig unregelmäßig Blutungsdauer in Tagen: _____

Blutungsstärke: schwach normal stark

Zwischenblutungen nein selten häufig

Verhütung / welche Methoden /wenn hormonal welche zuletzt _____

Röteln gehabt geimpft Blutgruppe(Nur wenn Ausweis vorhanden) _____

Geburten : Nein Ja Spontan (normal) Sectio (Kaiserschnitt)

Jahr der Schwangerschaften _____

Fehlgeburten/Abbrüche _____

Operationen: keine

Ja: _____

Sind Sie schon in den Wechseljahren? Nein Ja Seit wann? _____

Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Krampfadern(Varikosis): ja Nein

Thrombosen /Embolien (auch in der Familienanamnese) ja Nein

Haben oder hatten Sie eine Behandlungsbedürftige Erkrankung? Nein

Ja, _____

Hatten Sie eine Darmspiegelung? Ja Nein

Wenn Ja, in welchem Jahr?

Hiermit erteile ich meine Einwilligung und entbinde meine Ärztin von der Schweigepflicht gegenüber Ärzten und zugehörigen Gesundheitstellen und Abrechnungsstellen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Ich habe den Aushang im Wartezimmer über Datenschutz gelesen

Köln, den _____ Unterschrift _____