

Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Hatten Sie schon ernsthafte Erkrankungen (z.B. an Herz, Lunge, Leber, Niere etc.)?

Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Rheuma, Diabetes)?

Gibt es eine Häufung bestimmter Erkrankungen in ihrer Familie (z.B. Herzinfarkte, Schlaganfälle, Thrombosen, Krebserkrankungen o.ä.)?

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Haben Sie Allergien (z.B. gegen Medikamente)?

Wurden Sie bereits am Unterleib operiert? _____ Wenn ja, was? _____

Sind Sie überhaupt schon operiert worden? _____

Wenn ja, an welchen Organen bzw. Körperteilen? _____

Sind Fehlbildungen der Genitalorgane bekannt? _____

Haben Sie Kinder? _____ Wenn ja, in welchen Jahren waren die Entbindungen? _____

Gab es Komplikationen? _____ Sind die Kinder gesund? _____

Was machen Sie beruflich? _____

Haben Sie regelmäßig Regelblutungen? _____ Wie sind die Abstände? _____

Haben Sie Beschwerden die speziell vor Einsetzen der Regelblutung auftreten? (z.B. ein Spannungsgefühl in den Brüsten, Stimmungsschwankungen oder Wassereinlagerungen)? _____

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden bzw. wer hat Sie uns zugewiesen oder empfohlen?
