

Fragebogen (Anamnese)



Fragen zu Ihrer Gesundheitssituation
Bitte vor dem Arztbesuch ausfüllen!!

Name: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____

ausgeübter Beruf: _____

Erste Periodenblutung im Alter von: _____

Letzte Periodenblutung: _____

**Bitte Zutreffendes ankreuzen,
unterstreichen bzw. ergänzen.**

N = Nein J = Ja

Ärztliche Behandlung in letzter Zeit?

N J

Weswegen? _____

Medikamenteneinnahme

N J

in den letzten Tagen oder Wochen?

Hormone, Gerinnungshemmende Mittel (z.B. Aspirin), Schmerzmittel
oder _____

Frühere Operationen? (Bitte Eingriff und Jahr bezeichnen.)

N J

Verhütung:

N J

Pille wenn ja, welche _____

Spirale wenn ja, welche _____

liegt seit _____

Implanon liegt seit _____

Sonstiges _____

Normalgeburt?

N J

Anzahl _____

. Kaiserschnitt?

N J

Anzahl _____

. Fehlgeburt?

N J

Anzahl _____

. Totgeburt?

N J

Anzahl _____

. Schwangerschaftsabbruch?

N J

Anzahl _____ Wann? _____

Ist Ihr Zyklus regelmäßig

N J

Bestehen oder bestanden folgende **Erkrankungen**
oder **Anzeichen dieser Erkrankungen?** - wenn ja bitte **ankreuzen**

Herz/Kreislauf: z.B. hoher oder niedriger Blutdruck Rhythmusstörungen,
Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung;
oder _____

N J

Gefäße/Blut: z. B Krampfadern, Thrombosen, Druchblutungsstörungen
Schlaganfall, Embolie, Gerinnungsstörungen
oder _____

N J

Atemwege/Lunge: z. B chronische Bronchitis, Asthma,
Lungenentzündung; TBC, Lungenblähung, Schlafapnoe
oder _____

N J

Leber: z.B. Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine
oder _____

N J

Niere: z.B. erhöhte Kreatinwerte, Dialysepflicht, Nierensteine
oder _____

N J

Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Sodbrennen, Refluxkrankheit
oder _____

N J

Stoffwechsel: z. B Zuckerkrankheit, Gicht
oder _____

N J

Schilddrüse: z.B. Unter- oder Überfunktion, Kropf
oder _____

N J

Skelettsystem: z.B. Gelenkerkrankungen, Rücken-/Bandscheibenschmerzen
oder _____

N J

Nerven/Gemüt: z.B. Epilepsie, Depression, häufige Kopfschmerzen
Migräne mit oder ohne Aura
oder _____

N J

Allergie (z.B. Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit**
gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Fruchtzucker, Pflaster,
Latex (z.B. Gummihandschuhe)
oder _____

N J

Tumorerkrankungen: z.B. Brustkrebs, Unterleibskrebs, Darmkrebs
oder _____

N J

besondere Belastungen: z.B. Pflege von Angehörigen
oder _____

N J

Andere Erkrankungen? Chronische Schmerzen?

N J

Erkrankungen in der Familie: (z.B. Thrombose, Zucker,
Bluthochdruck, Herzinfarkt, Gerinnungsstörungen, Brustkrebs,
Eierstockkrebs)
oder _____

N J

Rauchen sie?

N J

Wenn ja wie viele? _____

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zu Ihrem Termin mit!!
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!!