

ANAMNESEBOGEN

Geburten:

Datum	Geburtsart (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen?

Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche / Eileiterschwangerschaften:

Datum	Bitte nähere Informationen	Gab es Komplikationen, Besonderheiten

Besteht aktuell bei Ihnen ein Kinderwunsch?

- Ja, seit:
- Nein

Besteht derzeit eine Schwangerschaft, oder vermuten Sie schwanger zu sein?

- Ja, wenn ja: wann war der erste Tag der letzten Periode?
- Nein

Gynäkologische Vorsorge:

- Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung?
- Wann war die letzte Krebsvorsorge?
- Wann war die letzte Mammographie / Sonographie?
- Haben Sie derzeit Beschwerden? Wenn ja, welche?

Ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

Verwandtschaftsgrad	Erkrankung (Krebsleiden, Bluthochdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörung, Erbkrankheiten...)

ANAMNESEBOGEN

Eigene Erkrankungen: z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen:

Eigene frühere Operationen (wenn ja, bitte mit Datum angeben):

- Allgemeine Operationen

- Gynäkologische Operationen

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Dosis	Seit

Allergische Reaktionen auf bestimmte Stoffe (z.B. Penicillin, Jod...)

- Nein
- Ja, wenn ja, welche?

Aktueller Konsum von Nikotin, Alkohol, Drogen?

- Nein
- Ja, wenn ja wieviel / wie oft?

Sonstige wichtige Mitteilungen Ihrerseits:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe