

Name: Vorname: geb.:

Krankheiten in der Familie:

Hatte jemand Ihrer Angehörigen eine dieser Erkrankungen?

Erkrankung: • Diabetes Bluthochdruck Epilepsie Krebs / welche Krebsart?
 Familienmitglied: /

Eigene Krankengeschichte:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein	Unbekannt	Welche? / Wann?	
INFEKTIONEN	Hepatitis A, B oder C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MRSA-Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei Kontaktpersonen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigung in der landwirtschaftlichen Tierzucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stationärer Aufenthalt in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nervenleiden (Epilepsie/Psychose/Depressionen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoher Blutdruck/Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma/Lungenentzündung/Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzerkrankungen/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blasenentzündung / Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anämie (Blutarmut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migräne/Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen- oder Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampfadern/Thrombose/Venenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutungsneigung („blaue Flecken“), Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterleibsentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche:				

bitte wenden – weiter auf Seite 2

ANAMNESEBOGEN

OPERATIONEN:

Keine

Wann?	Wo? (Krankenhaus/Ort)	Was? (Art der Operation, z. B. Blinddarm)
.....
.....
.....
.....

SCHWANGERSCHAFTEN:

Keine

Geburten:

Anzahl	Wann?	Komplikationen? (z. B. Kaiserschnitt)
.....
.....
.....

Fehlgeburten:

Anzahl	Wann?
.....
.....
.....

MONATSBLOTUNG:

Letzte Periode am:

Zyklusdauer (1. Blutungstag bis nächster 1. Blutungstag): Tage

Alter bei der 1. Blutung (Menarche): Jahre

Blutungsdauer: Tage

Blutungsstärke:

SONSTIGES:

Welche **Medikamente** nehmen Sie regelmäßig?

.....

.....

.....

Haben Sie eine HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebs) erhalten? Nein Ja

Sind bei Ihnen **Allergie/Überempfindlichkeiten** bekannt? Nein Ja

Welche Medikamente? (z.B. Penicillin)

Rauchen Sie? Nein Ja : Wie viele? Zig./Tag

Beschwerden beim Wasserlassen Nein Ja :

Beschwerden beim Stuhlgang Nein Ja :

Ihr Gewicht: kg Ihre Größe: cm

Ihr Hausarzt: Adresse:

Ihr Frauenarzt: Adresse:

Datum: Unterschrift: