

# Anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Alter \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

Geburten Anzahl \_\_\_\_\_ Geburtsjahr \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht \_\_\_\_\_  
 spontan  per Kaiserschnitt  per Zange / Saugglocke  mit Dammriss  mit Dammschnitt  
Fehlgeburten  ja  nein Schwangerschaftsabbrüche  ja  nein

Wann war Ihre letzte Periode? \_\_\_\_\_ Ist die Periode regelmäßig?  ja  nein  
Stärke  schwach  normal  stark Ist die Periode schmerzhaft?  ja  nein  
Falls Sie in der Menopause sind, haben Sie Wechseljahresbeschwerden?  ja  nein

Haben Sie akute oder chronische Krankheiten?  ja  nein

Falls ja, welche \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Operationen oder Unfälle?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormone ein?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schon mal bestrahlt worden?  ja  nein

Falls ja, wo? \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit Stuhl- oder Harninkontinenz?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein Konsumieren Sie Drogen  ja  nein

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben?  ja  nein Wie verhüten Sie? \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_