



**WIETE HAHN**

Frauenheilkunde & Geburtshilfe

**ANAMNESEBOGEN**

Name, Vorname: .....

Geburtsname: .....

Geburtsdatum: .....

Familienstand: .....

Anschrift: .....

Beruf: .....

Telefon Privat: .....

Telefon Arbeit: .....

E-Mail: .....

Mobiltelefon: .....

Hausarzt: .....

Arbeitsstelle: .....

Mit welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung? .....

Wann war Ihre letzte reguläre Blutung? .....

Wie lange dauert Ihr Zyklus?  24T  26T  28T  30T  32T  unregelmäßig  kürzer  länger

Sollten Sie seit längerer Zeit nicht mehr bluten, wann war Ihrer letzte reguläre Blutung? .....

Haben Sie Kinder geboren? Wenn ja, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

Geburtsjahr: .....  Spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke / Zange

Geburtsjahr: .....  Spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke / Zange

Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt oder eine Eileiterschwangerschaft?  Ja  Nein Wann? .....

Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch?  Ja  Nein Wann? .....

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation?  Ja  Nein

Wann und welche? .....

Hatten Sie andere Operationen?  Ja  Nein

Wann und welche? .....

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenallergien bekannt?  Ja  Nein

Welche? .....

Wann wurde bei Ihnen ein Unterbauchultraschall durchgeführt? .....

Wann wurde die letzte Mammographie oder ein Brustultraschall durchgeführt? .....

Falls Verhütung – mit welcher Methode verhüten Sie?

Keine  Pille Pillenname: .....  Kondome  Spirale

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?  Ja  Nein Welche? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein Welche? .....

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose, Embolie, Diabetes oder Krebserkrankung? Wenn ja, wann? .....

Rauchen Sie oder trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein Wieviel? .....

Sind in Ihrer Familie Thrombose, Lungenembolie, Krebs, Osteoporose, Herzinfarkt aufgetreten?

Wenn ja, welche und welches Familienmitglied? In welchem Alter aufgetreten?

.....

Datum .....

Unterschrift .....