



Anamnesebogen - Erwachsene

Sehr geehrte Patientin,

um Sie besser kennen zu lernen, möchten wir Sie bitten, uns einige Fragen zu beantworten:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____ Mobil _____ Email _____

Beruf _____

Mein Hausarzt

Name _____ Adresse _____ Telefon _____

1. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen wie Krebs (z.B. Brustkrebs, Eierstockkrebs, Darmkrebs), Thrombosen, Embolien, Diabetes, Bluthochdruck, genetische oder geistige Erkrankungen?

ja nein

Wenn ja, wer und welche? _____

2. Bestehen bei Ihnen dauerhafte Erkrankungen wie z.B. Migräne, Bluthochdruck, Thrombosen, Embolien, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Gerinnungsstörungen, Lebererkrankungen, Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

4. Hatten Sie Operationen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Bestehen Allergien (Medikamente, Jod, Pflaster, Latex)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

6. Ist Ihr Impfpass aktuell? ja nein



Anamnesebogen - Erwachsene

7. Haben Sie Kinder geboren? ja nein

Geburtsjahr	Geschlecht	Gewichte	Spontangeburt	Kaiserschnitt
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hatten Sie Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche? ja nein

Wenn ja, wann? _____

9. Verhüten Sie? ja nein

Wenn ja, wie? _____

10. Wann war Ihre letzte Periode? _____

11. Kommt die Periode regelmäßig? ja nein

12. Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja wieviel täglich? _____

13. Trinken Sie täglich Alkohol? ja nein

14. Größe: _____ Gewicht: _____

Ich versichere, dass die oben genannten Angaben richtig und vollständig sind.

Datum _____ Unterschrift _____