

Anamnesebogen

Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Adresse	
Tel.-Nr. /Handy-Nr.	
Hausarzt	
Wie viele Geburten /wann?, Spontan/Vakuum o. Kaiserschnitt?	
Fehlgeburten/wann?	
Erste Periode überhaupt	
Zykluslänge (1. Tag der Blutung bis 1. Tag der nächsten Blutung)	
Blutungsdauer:	
1.Tag der letzten Regelblutung:	
Operationen: wann und welche?	
Eigene schwerwiegende Erkrankungen?	
Welche Medikamente nehmen Sie?	
Allergien?	
Nikotin? Wenn ja, wie viel?	
Erkrankungen in der Familie (z.B.Krebs, Diabetes...wer/was?)	
Beruf und Arbeitgeber:	
Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? Wenn ja, wann?	
E-Mail Adresse:	
Wann/Wo war die letzte gyn. Vorsorgeuntersuchung:	
Aktuelle Verhütung:	
Windpocken-Infektion als Kind:	Ja: nein:
Terminerinnerung per Mail/SMS	ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>