



## Anamnesebogen - Mädchensprechstunde

Liebe Patientin,

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

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### Mein Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

1. Gibt es in Deiner 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 Dir dauerhafte Erkrankungen wie z. B. Migräne, Bluthochdruck, Thrombosen, Embolien, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Gerinnungsstörungen, Lebererkrankungen, Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Nimmst Du regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Wurdest Du schon mal operiert?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



## Anamnesebogen - Mädchensprechstunde

6. Ist Dein Impfpass aktuell?  ja  nein

7. Bist Du gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft?  ja  nein

8. Warst Du schon Mal schwanger?  ja  nein

9. Verhütest Du?  ja  nein

Wenn ja wie? \_\_\_\_\_

10. Wann war Deine letzte Periode? \_\_\_\_\_

11. Kommt die Periode regelmäßig?  ja  nein

12. Wie alt warst Du bei Deiner ersten Periode? \_\_\_\_\_

13. Rauchst Du?  ja  nein

Wenn ja, wieviel täglich? \_\_\_\_\_

14. Trinkst Du täglich Alkohol?  ja  nein

15. Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_