



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
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

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 _____