

Anamnesebogen



N. VOLDYNER
FRAUENARZTPRAXIS

Name, Vorname

Geb. Datum

Größe

Gewicht

Alter

1. Was ist der Anlass dieses Arztbesuches?

2. Waren Sie früher schon einmal bei einer Frauenärztin/Frauenarzt?

Ja Nein Wenn ja, wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung?.....

Hatten Sie jemals kontrollbedürftige Befunde? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wo waren Sie zuletzt in frauenärztlicher Betreuung?

3. Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre **erste Regelblutung**?

Datum des **1.Tag der letzten Regelblutung**:

4. Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, gegen was?

5. Rauchen Sie? Ja Nein Wieviele Zigaretten täglich?

6. Sind Sie Schülerin Studentin in Ausbildung berufstätig in Erziehungszeit?

7. Sind Sie Ledig verheiratet feste Partnerschaft verwitwet geschieden?

8. Nehmen sie regelmässig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

9. Waren Sie schon einmal/sind Sie ernsthaft krank? Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Herz-Kreislaferkrankung Ja Nein

Diabetes mellitus Ja Nein

Thrombose Ja Nein

Nierenfunktionsstörung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Magen-Darmerkrankung Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Migräne Ja Nein

Leber-Gallenfunktionsstörung Ja Nein

Sonstiges Ja Nein

