



Anamnese Bogen

Bitte sorgfältig ausfüllen und die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift bestätigen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, so machen Sie bitte ein Fragezeichen. Je vollständiger Ihre Angaben sind, um so besser können wir Ihnen helfen.



Name: Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Straße: PLZ/Ort:

Telefon: Mobil:

Hausarzt: Krankenkasse:

Termin per E-Mail JA NEIN E-Mail:

Ihr Alter bei ihrer ersten Periode Wann hatten Sie die letzte Periode?

Kommt sie regelmäßig? JA NEIN Haben Sie Beschwerden dabei? JA NEIN

Sind Sie schwanger? JA NEIN VIELLEICHT

Geburten? Wieviele + wann:

Komplikationen? Fehlgeburt? JA NEIN

Wurden Sie bereits operiert? JA NEIN Wenn ja, welche OPs und wann:
.....
.....

Was müssen Sie jetzt tun?



Bitte jeweils das Jahr der Untersuchung angeben: | Brustultraschall? Wann? JA NEIN

Mammographie? Wann? JA NEIN | Darmspiegelung? Wann? JA NEIN

Impfpass geprüft? Wann? JA NEIN | HPV geimpft? Wann? JA NEIN

Rauchen Sie? Wieviele? JA NEIN | Täglich Alkohol? JA NEIN

Nehmen Sie Medikamente? JA NEIN Wenn ja, welche Medikamente:
.....
.....



Medikamenten-Allergie? JA NEIN Wenn ja, gegen welche Medikamente:
.....

Sind Erkrankungen bekannt? JA NEIN Wenn ja, welche Erkrankung:
.....

Datenschutz-
erklärung als
PDF-Download
verfügbar



Familien-Erkrankungen? JA NEIN Wenn ja, welche Erkrankung:
 Bluthochdruck Thrombosen Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes mellitus Krebs

Wer + Alter?

Umseitige Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen (bitte ankreuzen)



Datum: Unterschrift: