

ANAMNESE

Stimmen Ihre Daten im Feld oben?
Bitte korrigieren, wenn etwas nicht stimmt!

Bitte füllen Sie nun diesen Fragebogen aus!

1. Größe

Gewicht

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode?

Wann hatten Sie zuletzt Ihre Periode?
1. Tag der letzten Periode bzw. Jahr der Menopause.

Ist Ihr Zyklus zwischen 25 und 35 Tagen lang?
(vom Tag der ersten Blutung bis zum Beginn der nächsten Blutung)

NEIN JA

Wie lange dauert die Blutung?

Wann war Ihr letzter Besuch beim Frauenarzt oder Ihre letzte Krebsvorsorge?

Name letzter Frauenarzt (Ort, falls nicht ES):

2. Haben Sie Allergien? (z.B. gegen Medikamente? Lokalanästhetika?)
Wenn ja, welche?

NEIN JA

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

NEIN JA

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

NEIN JA

Haben Sie bedeutsame Vorerkrankungen oder aktuelle Krankheiten?

Wenn ja, welche?

NEIN JA

Hatten Sie Operationen?

Wenn ja, welche / wann?

NEIN JA

3. Hatten Sie schon einmal eine Mammographie?
Wenn ja, wann?

NEIN JA

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?
Wenn ja, wann?

NEIN JA

Hatten Sie oder ein Familienmitglied eine Thrombose / Lungenembolie / Schlaganfall oder liegt eine Gerinnungsstörung vor? Wenn ja, wer hatte was?

NEIN JA

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen?
Wenn ja, welche und bei wem, Erkrankungsalter?

NEIN JA

4. Waren Sie schon einmal schwanger? NEIN JA

Jahr	Geburt: Normal (N) oder Kaiserschnitt (K)		Kind		
	N/K	Probleme	m/w	Gewicht	Besonderheiten/Krankheiten

Hatten Sie schon Fehlgeburten? ZAHL JAHR SSW NEIN JA
 Wenn ja, Anzahl? Wann zuletzt?
 In welcher Schwangerschaftswoche?

Die Schwangerschaft ist eingetreten nach NATÜRLICHER EMPFÄGNIS HORMON BEHANDLUNG KÜNSTLICHER BEFRUCHTUNG

Gab es im bisherigen Schwangerschaftsverlauf Besonderheiten? NEIN JA
 Wenn ja, welche? -----

Hat Ihr Partner bedeutsame Vorerkrankungen oder aktuelle Erkrankungen? NEIN JA
 Wenn ja, welche? -----

Gibt es in Ihrer Familie oder der Ihres Partners angeborene Krankheiten, Fehlbildungen, Erbkrankheiten oder Chromosomenstörungen? NEIN JA
 Wenn ja, welche? -----

5. Benötigen Sie heute ein Rezept oder eine Überweisung? NEIN JA
 Wenn ja, was? -----

Haben Sie Ihren Impfpass dabei? NEIN JA

Falls Vorerkrankungen vorliegen: Haben Sie Arztbriefe dabei? NEIN JA

Waren Sie mit Covid19 infiziert? NEIN JA

Wurden Sie gegen Covid19 geimpft? NEIN JA

Vielen Dank für's Ausfüllen! Wenn Ihnen der Platz nicht ausreicht, lassen Sie sich bitte ein leeres Blatt geben und schreiben dort weiter!