Anamnesebogen							
Sehr geehrte Patientin,							
wenn Sie unsere Praxis erstmals aufs möglichst vollständig zu beantwort Sie helfen uns damit, einen schnellen Behandlung darauf abstimmen zu kön	ten. Überblick über						
🖎 Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Pro	bleme beim Au	sfüllen des Boge	ens haben.				
Name:Adresse:							
geboren am: kg Körpergröße: cm Körpergewicht: kg							
Hand	dienstlich:						
Email: Hausarzt (Name, Ort):							
		ode) mit ehr seit					
Ist (oder war) die Periode regelmäßig?		ja, alle nein,					
Sind Sie gegen folgende Erkrankungen Hepatitis A		venn JA, wanner Hepatitis B Diphtherie	folgte die letzte Impfung?				
Polio		Tuberkulose					
HPV		Keuchhusten					
Masern, Mumps, Röteln (MMR)							
Sonstige (Grippe, Influenza)		_					
Wann war die letzte gyn. Untersuchu	ng?						
Wann war die letzte Krebsvorsorge?	-						
Wann war die letzte Mammographie/	Sonographie?						
Haben Sie derzeit Beschwerden?	☐ ja, welche	e:					

		von		bis			
eigene Erk	rankungen:						
Erkrankung							
	ochdruck, Diabetes, I	Herz-, Leber-, Nie	renerkrankung	1)			
		the second control of the second seco					
		40					
ernsthafte	Erkrankungen in de	er Familie:					
Verwandts		Erkrankung					
(z.B. Mutter, Bruder)			(Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung,				
(, ,			Erbkrankheiten)			
allgemeine	e Operationen (z.B.	Blinddarm):					
Datum	Art des Eingri	ffs					
	ische Operationen:						
	ische Operationen: Art des Eingri	ffs					
		ffs					
		ffs					
		ffs					
Datum		ffs					
Datum Geburten:	Art des Eingri		teaewicht	Komplikationen			
Datum Geburten:	Art des Eingri	Gebur	tsgewicht	Komplikationen			
Datum Geburten:	Art des Eingri Geburtsart (spontan, Kaiser	Gebur	tsgewicht	Komplikationen			
Datum Geburten:	Art des Eingri	Gebur	tsgewicht	Komplikationen			
Datum Geburten:	Art des Eingri Geburtsart (spontan, Kaiser	Gebur	tsgewicht	Komplikationen			
Datum	Art des Eingri Geburtsart (spontan, Kaiser	Gebur	tsgewicht	Komplikationen			
Datum Geburten:	Art des Eingri Geburtsart (spontan, Kaiser	Gebur	tsgewicht	Komplikationen			
Geburten: Datum	Geburtsart (spontan, Kaisers Saugglocke, Zan	Gebur schnitt, ge)					
Geburten: Datum	Geburtsart (spontan, Kaiser: Saugglocke, Zan	Gebur schnitt, ge) aftsabbrüche / E	ileiterschwar				
Geburten: Datum	Geburtsart (spontan, Kaisers Saugglocke, Zan	Gebur schnitt, ge) aftsabbrüche / E	ileiterschwar	ngerschaften:			

Besteht bei Ih	nnen derz	eit Kinderwunsch?							
☐ ja, seit									
☐ nein									
Resteht derze	eit eine Sc	hwangerschaft ode	r vermuten Sie	schwanger zu seir	17				
Besteht derzeit eine Schwangerschaft , oder vermuten Sie schwanger zu sein?									
☐ ja ☐ nein Wenn io: Wenn wer der 1. Teg der letzten Beriede?									
Wenn ja: Wann war der 1. Tag der letzten Periode?									
Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:									
Medikament					seit				
Allergische	Reaktion	auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin	, Jod):					
□ nein									
☐ ja, auf:									
ja, aa									
ļ									
Konsum von:									
(ankreuzen)		früher	gelegentlic	h rege	lmäßig				
Nikotin									
Alkohol									
Drogen									
Sonstiges:									
Datum: Unterschrift:									

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam