

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Wie oft waren Sie schwanger? _____ davon Geburten?: _____

Fehlgeburten/ Abbrüche? _____/ _____ Haben Sie gestillt? _____

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung? _____

Wann Ihre Letzte? _____

In welche Abständen kommt Ihre Regelblutung _____ wie lange bluten Sie? _____

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, was und wann wurde operiert?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon einmal eine Venenentzündung, Thrombose oder Embolie?

Wenn ja, wann? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja, welche?

Rauchen oder vaper Sie? Wenn ja, wie oft am Tag? _____/ seit _____ Jahren

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen? Wenn ja, wer und welche Erkrankung?

Datum:

Unterschrift Patientin: