



# Dr. Stefanie Hess

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

## Anamnesebogen

bitte bringen Sie beim ersten Besuch Ihren Impfausweis mit und, falls vorhanden, den Mutterpass

Name, Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Tel. -Nr. (unter der Sie tagsüber erreichbar sind) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Körpergröße in cm \_\_\_\_\_

Körpergewicht in kg \_\_\_\_\_

Alter bei erster Periodenblutung \_\_\_\_\_

Datum letzter Periodenblutung \_\_\_\_\_

Zyklus, alle \_\_\_\_\_ Tage / über \_\_\_\_\_ Tage

regelmäßig: ja / nein

Schwangerschaften (Jahr / Komplikationen / Fehlgeburt / Spontangeburt / Kaiserschnitt) \_\_\_\_\_

Wurden Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? Ja / Nein

Wurde bereits eine Mammographie durchgeführt? Ja / Nein Falls ja, wann und wo zuletzt? \_\_\_\_\_

Wurden in der Vergangenheit Operationen durchgeführt (auch nicht gynäkologisch)? Wenn ja, wann und welche? \_\_\_\_\_

Wie verhüten Sie? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, z.B. Migräne, Diabetes, Gerinnungsstörungen, Bluthochdruck, Allergie, hohe Blutfettwerte, Herz-Kreislaufkrankungen, Rheuma)? nein, ja \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Falls ja, wie viele pro Tag? \_\_\_\_\_ Wie häufig in der Woche / im Monat trinken Sie Alkohol? \_\_\_\_\_

Gibt es bei Ihnen oder Ihren nächsten Angehörigen (Mutter, Vater, Tanten, Onkel, Großeltern, Geschwister)

- Brustkrebs? ja / nein
- Eierstockkrebs? ja / nein
- Darmkrebs? ja / nein
- Embolie? ja / nein
- Thrombose? ja / nein
- Schlaganfall? ja / nein

Möchten Sie an die nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? Ja, per Telefon  per E-Mail  nein, danke

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift