

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ **Geburtsname:** _____
Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____ Jahre
Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg
Familienstand: _____
Anschrift: _____
Beruf: _____
Telefon Privat: _____
Telefon Arbeit: _____
E-Mail: _____
Mobiltelefon: _____
Hausarzt: _____
Arbeitsstelle: _____

Mit welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung? _____

Wann war Ihre letzte reguläre Blutung? _____

Wie lange dauert Ihr Zyklus? 24T 26T 28T 30T 32T
 unregelmäßig kürzer länger

Wie lange ist die Blutungsdauer? _____ Tage

Sollten Sie seit längerer Zeit nicht mehr bluten, wann war Ihrer letzte reguläre Blutung? _____

Kommt/Kam es häufig zu verstärkten oder schmerzhaften Menstruationsbeschwerden? n j

Haben Sie Kinder geboren? n j

Geburtsjahr: _____ Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke/Zange

Geburtsjahr: _____ Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke/Zange

Geburtsjahr: _____ Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke/Zange

Wenn ja, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt? n j

Wenn ja, welche? _____

Stillen Sie gerade? n j

Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt oder eine Eileiterschwangerschaft? n j

Wenn ja, wann? _____

Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch? n j

Wenn ja, wann? _____

Nutzen Sie derzeit eine Verhütungsmethode? n j

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie schon andere Verhütungsmethoden verwendet? n j

Wenn ja, welche? _____

Besteht Kinderwunsch? n j

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? n j

Wenn ja, wann und welche? _____

Hatten Sie andere Operationen? n j

Wenn ja, wann und welche? _____

Ist in nächster Zeit eine größere Operation geplant? n j

Wenn ja, welche? _____

Ist in nächster Zeit eine Impfung geplant? n j

Wenn Ja, welche? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? n j

(z.B. Antibiotika, Antidiabetika, Beruhigungsmittel, krampflösende/verhindernde
Medikamente, blutdrucksenkende oder gerinnungshemmende Mittel
[z.B. Aspirin®, Marcumar®, Plavix®, Heparin, Pradaxa®, Xarelto® etc.]

Wenn ja, welche? _____

Sind Allergien bzw. Unverträglichkeiten bekannt? n j

(z.B. Heuschnupfen, Asthma, Medikamente, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, örtliche Betäubungsmittel)

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Bluterkrankung oder eine erhöhte Blutungsneigung? n j

Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, Tbc)? n j

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Erkrankung des Immunsystems (insb. IgA-Defizit)? n j

Liegen Erkrankungen wichtiger Organe vor? n j

(z.B. Magen, Darm, Gefäße, Herz, Nieren, Leber, Lunge, Schilddrüse, Nervensystem)

Wenn Ja, welche? _____

Kam es zu Blutgerinnseln (Thrombose/Embolie)? n j

Wenn ja, wann und wo? _____

Sind Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes, Fettstoffwechsel) bekannt? n j

Wenn Ja, welche? _____

Liegen andere Erkrankungen vor? n j

(z. B. Epilepsie, Tumorleiden, Migräne mit Aura)

Wenn Ja, welche? _____

Kam es früher bei Wunden zu Eiterung, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, starker Narbenbildung? n j

Leiden Sie häufig an Scheidenentzündungen? n j

Haben Sie Krampfadern? n j

Haben Sie Hautprobleme (fettige Haut, Akne etc.)? n j

Regelmäßiger Konsum von Tabakwaren?

n j

Wenn Ja, was und wieviel täglich? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

n j

Wenn Ja, was und wieviel täglich? _____

Hatte ein naher Angehöriger eine der folgenden Erkrankungen?

n j

(Thrombose / Lungenembolie; Herzinfarkt; Schlaganfall; Angina pectoris
Stent / Bypass; Hohe Blutfettwerte; Krebs; oder andere)

Wenn ja, wer und in welchem Alter? _____

Sind Erbkrankheiten in Ihrer Familie bekannt?

n j

Wenn Ja, welche? _____

Hiermit bestätigen Sie als Patientin, den Bogen nach Ihrem besten Wissen selbst ausgefüllt zu haben.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin