

# Fragebogen (Anamnese)



Fragen zu Ihrer Gesundheitssituation  
Bitte vor dem Arztbesuch ausfüllen!

Name: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_

Erste Periodenblutung: \_\_\_\_\_

Letzte Periodenblutung: \_\_\_\_\_

**Ärztliche Behandlung** in letzter Zeit?

N  J

Weswegen?  
\_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme**

N  J

in den letzten Tagen oder Wochen?

Hormone, Gerinnungshemmende Mittel (z.B. Aspirin), Schmerzmittel  
oder \_\_\_\_\_

**Frühere Operationen?** (Bitte Eingriff und Jahr bezeichnen.)

N  J

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Normalgeburt?**

N  J

**. Schwangerschaftsabbruch?**

N  J

Anzahl \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

**Ist Ihr Zyklus regelmäßig**

N  J

Bestehen oder bestanden folgende **Erkrankungen**  
oder **Anzeichen dieser Erkrankungen?** - wenn ja bitte **ankreuzen**

**Allergie** (z.B. Heuschnupfen) oder **Überempfindlichkeit**

N  J

gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Fructose, Pflaster,  
Latex (z.B. Gummihandschuhe)  
oder \_\_\_\_\_

**Erkrankungen in der Familie:** (z.B. Thrombose, Zucker,  
Bluthochdruck, Herzinfarkt, Gerinnungsstörungen, Brustkrebs,  
Eierstockkrebs)

N  J

oder \_\_\_\_\_

**Rauchen sie?**

N  J

Wenn ja wieviel? \_\_\_\_\_