



## Anamnesebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

normale Verlaufskontrolle

Schwangerschaft (welche Woche): \_\_\_\_\_

auswärtige auffällige Befunde

Knoten in der Brust getastet

sonstige Gründe/Beschwerden: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Operation? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Gibt es bestehende Erkrankungen, wie zB Bluthochdruck, Epilepsie, Diabetes, Lichen sclerosus, Autoimmunerkrankungen oder Schilddrüsenerkrankungen?

Ja: \_\_\_\_\_

Nein

Nehmen Sie Medikamente u/o Hormone ein? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht?

Ja.  Nein

Sind Sie geimpft? (Zb HPV, Röteln, Pertussis (=Keuchhusten) , Varicellen (=Windpocken), Influenza (Grippe) oder Covid? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Monatsblutung: \_\_\_\_\_

Wieviele Schwangerschaften hatten Sie?: \_\_\_\_\_

Wieviele Geburten hatten Sie? \_\_\_\_\_

Waren bei den Geburten Frühgeburten dabei?  Ja  Nein

Wenn ja, warum kam es zur Frühgeburt und in welcher Schwangerschaftswoche waren Sie? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in Ihrer letzten Schwangerschaft einen erhöhten Blutdruck?

Ja

Nein

Abbrüche: \_\_\_\_\_

Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Haben Sie gestillt?  Ja  Nein

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen? Insbesondere Brust- oder Eierstockkrebs? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen (oder in der Familie) eine Gerinnungsstörung bekannt oder hatten Sie (oder ein Blutsverwandter) schon einmal eine tiefe Beinvenenthrombose u/o Lungeninfarkt (Pulmonalembolie)?

Nein

Ja:

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_