

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,  
wenn sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Bitte fragen sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm **Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Telefonisch erreichbar:** \_\_\_\_\_ **privat:** \_\_\_\_\_ **dienstlich:** \_\_\_\_\_

**Handy:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt (Name, Ort):** \_\_\_\_\_

**Regelblutung:** \_\_\_\_\_  
erste Regel (Periode) mit \_\_\_\_\_ Jahren  
keine Regel (Periode) mehr seit \_\_\_\_\_ Jahren

**Ist (oder waren) die Periode regelmäßig** \_\_\_\_\_  
 Ja, alle \_\_\_\_\_ Tage  
 Nein

### Impfpass bitte zum Besuch in unserer Praxis mitbringen

**Eigene Erkrankungen (bitte ankreuzen):**

- Asthma
- Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)  Typ I  Typ II
- Gelbsucht, Leberkrankheiten
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, Thrombose, Lungenembolie
- Ohnmacht- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Rheuma
- HIV, Hepatitis
- Migräne  mit Aura  ohne Aura

**Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden (inkl. Pille, Hormonspirale):**

**Bitte bringen Sie einen aktuellen Medikamentenplan mit!**

Medikament	Weshalb	Dosierung	Seit wann

- Ich nehme keine regelmäßigen Medikamente ein**

**Allergische Reaktionen auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):**

Ja, folgende:


- nein**

**Zurückliegende Operationen, insbesondere gynäkologische Operationen:**

Jahr der Operation	Welche Operation:

- keine Operationen**

**Geburten:**

Datum	Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange	Geburtsgewicht	Komplikationen

- keine Geburten bisher**

**Sonstiges:**

---

**Familiäre Krebsbelastung (inkl. Alter bei Erkrankung):**

---



---



---



---

Vielen Dank für Ihre Mithilfe  
Ihr Praxisteam