

# Anamnesebogen

Patientin \_\_\_\_\_

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift \_\_\_\_\_

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Telefonnummer \_\_\_\_\_

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

Hausarzt \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

1.Tag letzte Periode \_\_\_\_\_

Impfung:

Röteln: \_\_\_\_\_ HPV: \_\_\_\_\_ Keuchhusten: \_\_\_\_\_ Windpocken: \_\_\_\_\_

Rauchen: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Allergie: \_\_\_\_\_

Medikamente/Pille: \_\_\_\_\_

Schwangerschaften:

Geburt:

Fehlgeburt:

Abbruch:

Vorekrankungen: \_\_\_\_\_

Familienanamnese (Thrombosen, Schlaganfälle, Gerinnungsstörungen, Herzinfarkte, Brustkrebs, Eierstockkrebs, Darmkrebs, geburtliche Fehlbildungen):

\_\_\_\_\_