

Anamnesebogen



Dr. med. Ulrike Lange
FRAUENÄRZTIN

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung: _____

Größe: _____ cm

Schwangerschaften und Geburten:

	Geburtsjahr	normale Geburt	Kaiserschnitt
Kind 1	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kind 2	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kind 3	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kind 4	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fehlgeburt: Wann? _____ mit Ausschabung ohne Ausschabung

Abtreibung: Wann? _____

Allergien: _____

Medikamenteneinnahme: _____

Verhütungsmittel: Pille, welche: _____ Verhütungsring HPV-Impfung erfolgt? nein ja
 3-Monats-Spritze Verhütungspflaster
 Kupfer-Spirale Hormonspirale
 Sonstiges: _____

Operationen (alle Operationen):

Welche Operation und wann? _____

Eigene schwere Erkrankungen: _____

Hatten Sie schon eine **Thrombose**: nein ja

Gynäkologische Krebserkrankungen in der Familie (Brustkrebs, Eierstockkrebs, ...): _____

Raucherin: nein ja Zigaretten pro Tag: _____

