

Anamnese

Angaben zur Person

Name:	Geburtsdatum:	Sprache:
Adresse und Telefon:		
Krankenversicherung:		
Beruf/Arbeitgeber:		
Größe: cm	Gewicht: kg	BMI: kg/m ²
Letzte Krebsvorsorge?	Mammographie?	Darmspiegelung?

Regelblutung

Blutungsrythmus:	<input type="radio"/> regelmäßig	<input type="radio"/> unregelmäßig	<input type="radio"/> nie (nicht mehr)
Zwischenblutungen:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> häufig
Zykluslänge (Tage):	<input type="radio"/> 24-34	<input type="radio"/> weniger als 24	<input type="radio"/> mehr als 34
Blutungsdauer:	<input type="radio"/> kürzer als 7 Tage	<input type="radio"/> länger als 7 Tage	
Blutungsstärke:	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> schwach	<input type="radio"/> stark
Schmerzen vor und/oder während der Periode?	<input type="radio"/> Nein, (schwach)	<input type="radio"/> Ja, mäßig	<input type="radio"/> Ja, stark
Andere zyklusbedingte Beschwerden (z.B.: Brustspannen, Kopfschmerzen)			
Wenn ja, welche _____			

	JA	NEIN
Wünschen Sie Informationen über Verhütungsmethoden? (Pille, Spirale, Verhütungsring, -stäbchen, Diaphragma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist eine verstärkte Körperbehaarung vorhanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie regelmäßig Durchfall oder Erbrechen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treten Sie häufig Langstreckenflüge an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde bei Ihnen eine Gebärmutterhalskrebs-Impfung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ein paar Fragen zu Ihrer allgemeinen Situation

	JA	NEIN
Leiden Sie unter einer Unverträglichkeit oder Allergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, unter welcher? _____		
Hatten Sie größere Operationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche und wann? _____		

Haben Sie Kinder / hatten Sie eine Schwangerschaft/ Fehlgeburt? (Jahr der Geburt, Kaiserschnitt? Komplikationen?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. _____		
2. _____		
3. _____		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Pille, Schilddrüsenmedikamente o.ä.) oder Pflanzenpräparate ein? **JA** **NEIN**

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? (Wenn ja, wie viel?) _____

Haben Sie Krampfadern? (Wenn ja, haben Sie Beschwerden?)

Hatte ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Kinder) eine der folgenden Erkrankungen/Beschwerden?

⇒ **Wenn ja: Wer/in welchem Alter/was genau?**

- Thrombose /Lungenembolie
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Angina pectoris/Stent/Bypass
- Hohe Blutfettwerte
- Krebs

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

- Thrombose oder Lungenembolie
- Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Unklare Ohnmachtsanfälle oder Bewusstlosigkeit
- Krebserkrankung

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

- Blutgerinnungsstörung
- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- Chronische Herz- oder Lungenerkrankung
- Angina pectoris (Herzschmerzen)/Herzrhythmusstörungen
- Hohe Blutfettwerte
- Leber- oder Gallenerkrankungen
- Starke Kopfschmerzen/Migräne
- Wenn ja, gehen den Kopfschmerzen Sehstörungen, Sprachstörungen, Taubheitsgefühle oder Ähnliches voraus?
- Andere chronische Erkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa, (Lupus erythematodes. usw.)

Ort, Datum

Unterschrift