

Anamnesebogen

Name
 Vorname
 Geburtsdatum
 Strasse / Nr
 PLZ / Ort
 Telefon (tagsüber erreichbar)
 Mobile

Familiäre Krankheiten (Bitte «MS mütterlicherseits» oder «VS väterlicherseits» ankreuzen)

Herz- / Lungenerkrankungen	Nein	Ja:	MS oder VS
Thromboseerkrankungen (Venenthrombose/Lungenembolie)	Nein	Ja:	MS oder VS
Hoher Blutdruck	Nein	Ja:	MS oder VS
Blutgerinnungsstörungen (z.B. verlängerte Blutung)	Nein	Ja:	MS oder VS
Schilddrüsen-/ Zuckererkrankung	Nein	Ja:	MS oder VS
Krebserkrankung (z.B. Brustkrebs)	Nein	Ja:	MS oder VS
Andere Krankheiten:			

Persönliche Anamnese

Rauchen	Nein	Ja: Wieviel (Wo)	
Herz- / Lungenerkrankungen		Nein	Ja
Thromboseerkrankungen (Venenthrombose / Lungenembolie)		Nein	Ja
Hoher Blutdruck		Nein	Ja
Blutgerinnungsstörungen (z.B. verlängerte Blutung)		Nein	Ja
Schilddrüsen- / Zuckererkrankung		Nein	Ja
Magen- / Darmerkrankungen		Nein	Ja
Blasen- / Nierenerkrankungen		Nein	Ja

Andere Erkrankungen (z. B. Muskel / Rheuma / Nahrungsunverträglichkeit / Allergien / Sonstiges):

Aktuelle Medikamente

Operationen Jahr Ort

Gynäkologische Operationen / Krankheiten Jahr Ort

Geburten Datum Ort

Spontan	Kaiserschnitt	Vakuum	Zange
Spontan	Kaiserschnitt	Vakuum	Zange
Spontan	Kaiserschnitt	Vakuum	Zange

Verhütungsmittel

Pille	Spirale	Implanon/Stäbchen	3-Monatsspritze
NuvaRing	Pflaster	Kondom	Temperaturmessung

Seit wann?

Menstruation

regelmässig	unregelmässig	keine
1. Blutung (Alter)		Menopause (Alter)
1. Tag der letzten Periode		
Periodendauer (Tg)	Zyklusdauer	
Beschwerden vor Periode		Beschwerden während Periode
Zwischenblutungen?	Nein Ja, seit (Jahr)	
Ausfluss aus der Scheide, wenn keine Periode?	Nein Ja, seit (Jahr)	

Wie sind Sie auf uns gestossen?

Internet	Empfehlung	Überweisung	Anderes
----------	------------	-------------	---------

Datum

Unterschrift

.....