

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

.....