

Anamnesebogen

Lebenssituation

Haben Sie Kinder: ☐ nein ☐ ja

Wieviele: _____

Wann und wie (Kaiserschnitt, normal, etc.) wurden diese geboren:

Rauchen Sie: ☐ nein ☐ ja, _____ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Gewicht: _____kg Körpergröße: _____cm

Sind Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Sind Allergien bei Ihnen bekannt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ nein

☐ ja

Wenn ja, welche?

Bitte umdrehen!!!

Welche Operationen hatten Sie?

Keine

☐

Gebärmutter-Entfernung

☐ Jahr: _____

mit oder ohne Eierstöcke? _____

Auf welche Art:

☐ vaginal

☐ Bauchschnitt (abdominal)

Aus welchem Grund wurde die Gebärmutter entfernt: _____

Brust-OP

☐ Jahr: _____

wegen: _____

Herz-OP

☐ Jahr: _____

Gefäß-OP

☐ Jahr: _____

Blinddarm-OP

☐ Jahr: _____

Mandel-OP

☐ Jahr: _____

Schilddrüsen-OP

☐ Jahr: _____

Sonstige Operationen: _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

Herzkrankheiten/Herzinfarkt

☐ ja

bei wem? _____

Bluthochdruck

☐ ja

bei wem? _____

Blutzuckerkrankheit

☐ ja

bei wem? _____

Schlaganfall

☐ ja

bei wem? _____

Darmkrebs

☐ ja

bei wem? _____

Brustkrebs

☐ ja

bei wem? _____

Thrombose

☐ ja

bei wem? _____

Lungenembolie

☐ ja

bei wem? _____

Krebs, sonst.

☐ ja

bei wem? _____

welche Art? _____

Vielen herzlichen Dank!

Homburg, _____

(Unterschrift)