

Anamnesebogen

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Persönliche Daten (Telefon / E-Mail)	
Beruf, Familienstand	
Grund des Arztbesuches / aktuelle Beschwerden	
Bei welchen Ärzten sind Sie noch in Behandlung?	
Größe / Gewicht	Größe: cm Gewicht: kg
Rauchen Sie?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> , wieviel? seit wie vielen Jahren?
Trinken Sie Alkohol?	Nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> , wieviel?
Nehmen Sie Drogen?	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> , wieviel?

Haben Sie folgende Erkrankungen? **Zutreffendes** bitte ankreuzen

Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	Bluthochdruck	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	Angina Pectoris / sonstige Herzerkrankung	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	Gefäßkrankung (Arterien / Venen)	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	Krampfleiden / Epilepsie	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutfette o. Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="radio"/>	Krebserkrankung	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankung	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
sonstige Erkrankung:			

Leiden Sie an Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wenn ja, welche? <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
--	--

>>> bitte wenden <<<

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Wenn ja, bitte <u>Präparat</u> / <u>Stärke</u> / <u>Dosierung</u> aufschreiben:

Hatten Sie schon einmal eine Darm- oder Magenspiegelung?	<u>Magenspiegelung:</u> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wenn ja, wann?
	<u>Darmspiegelung:</u> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wenn ja, wann?

Liegen bei Familienangehörigen diese Erkrankungen vor?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	Bluthochdruck	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	Sonstige Herzerkrankung	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	Gefäßerkrankung (Arterien / Venen)	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	Krampfleiden / Epilepsie	<input type="radio"/>
Erhöhte Blutfette o. Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="radio"/>	Krebserkrankung	<input type="radio"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/>		
sonstige Erkrankung:			

Nur für Patientinnen

Besteht Ihre Regel noch? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> , nicht mehr seit: Lebensalter:
Ist/war der Zyklus immer regelmäßig, mit normaler Blutungsstärke und -dauer? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> , auffällig war:
Wann war der 1. Tag der letzten Blutung?
Nehmen Sie Hormone? (die "Pille" oder Hormonen in den Wechseljahren) Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> , wenn ja, welche?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit zur Beantwortung der Fragen genommen haben!