



Frauenärztin
IM THERESIENTOR

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Handynummer	Festnetznummer / Arbeit	Email-Adresse

Allgemeine Anamnese

Hausarzt: _____ Soll er / sie einen Brief erhalten? ☐ nein ☐ ja

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Beruf: _____

Medikamente: _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wie viel? _____

(Vor-) Erkrankungen: _____

Operationen: (Wann und was?) _____

Anlass des heutigen Besuches: _____

Familienanamnese

Ist in Ihrer Familie eine erhöhte Thrombosebelastung bekannt? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Gibt es eine familiäre Belastung für Brust- oder Unterleibskrebs? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Gynäkologische Anamnese

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____

Wann war Ihre letzte Periode? _____

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periode? _____

Kommt die Periode regelmäßig? _____

Wie oft waren Sie schon schwanger? _____

Davon Geburten: _____ Normal: _____ Kaiserschnitt: _____ Saugglocke / Zange: _____

Wie verhüten Sie zur Zeit? _____

Nehmen Sie Hormone (Pille, Präparate für die Wechseljahre) ein? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

