



ANAMNESEBOGEN

Ihre Gesundheit liegt mir am Herzen. Damit ich Sie optimal beraten kann, bitte ich Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Angaben zur Person

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-mail _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____

Beruf _____

Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten

Womit verhüten Sie aktuell? _____

Rauchen Sie? Ja Wieviele? _____ Nein Ich habe in der Vergangenheit geraucht

Wie oft waren Sie schwanger? (inkl. Fehlgeburten) _____

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder pflanzliche
Arzneimittel bzw. Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____



Fragen zu bestehenden Erkrankungen

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

- Bluthochdruck Ja Nein
- Blutgerinnungsstörung Ja Nein
- Chronische Herz- oder Lungenerkrankung Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankungen Ja Nein
- Diabetes mellitus Ja Nein
- Chronische Nierenerkrankungen Ja Nein
- Leber- oder Gallenerkrankungen Ja Nein
- Psychiatrische Erkrankungen (Depressionen) Ja Nein
- Essstörungen Ja Nein
- Migräne Ja Nein

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

- Thrombose u/o Lungenembolie Ja Nein
- Krebserkrankung Ja Nein

Leiden Sie unter einer anderen chronischen Erkrankung
(wie z. B. Sichelzellanämie, Hepatitis, Morbus Chron, Epilepsie)?

Leiden Sie an einer Allergie bzw. Unverträglichkeit? Ja Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen? Ja Nein
Wenn ja, welche? (z.B.: Kaiserschnitt, Blinddarm, Galle, Gebärmutter, Brust)

Fragen zu Erkrankungen in Ihrer Familie

Hatte jemand in der Familie eine der folgenden Erkrankungen/Beschwerden?
Wenn ja, wer und in welchem Alter? _____

- Thrombose/Lungenembolie Ja Nein
- Brust- u/o Eierstockkrebs Ja Nein

Hiermit bestätige ich, den Bogen nach bestem Wissen ausgefüllt zu haben.
Die beiliegende DSCVO habe ich gelesen und bin mit der Datenverarbeitung einverstanden.

Datum und Ort

Unterschrift