



Patientenanamnesebogen Frauenarztpraxis Dr. Anja Krebs

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Tel.-Nr./Handy-Nr.: _____

Beruf: _____ Raucher: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Hausarzt: _____

Datum letzte Regelblutung: _____

Anzahl der Geburten: _____

Anzahl der Fehlgeburten: _____ Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche: _____

Operationen: 1. _____
2. _____
3. _____

Erkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Medikamentenunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen _____ | |

Erkrankungen in der Familie:

- Thrombosen/Lungenembolien
 Krebserkrankungen _____

Medikamente:

Einverständniserklärung Recall

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, von meiner Frauenarztpraxis regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erinnert zu werden.

Ihr Einverständnis ist jederzeit widerrufbar!

Unterschrift: _____