



Anmelde- und Anamnesebogen

Name und Vorname (ggf. Mädchenname) geboren am

Straße PLZ Wohnort

Telefon /privat/ dienstlich Mobil E-Mail-Adresse

Name der Krankenversicherung Hausarzt Arbeitgeber

Beruf Größe (cm) Gewicht (kg)

Grund Ihrer Vorstellung

Wann war Ihre letzte Periode? (Bitte ersten Blutungstag angeben)

Anzahl der Geburten Anzahl der Fehlgeburten Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche

Gestillt ja nein Verhütung aktuell

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus, kreuzen Sie Zutreffendes an.

Vorerkrankungen? ja weiß ich nicht nein

a) Diabetes? ja weiß ich nicht nein

b) Hepatitis? ja weiß ich nicht nein

c) Thrombose ja weiß ich nicht nein

d) Bluthochdruck? ja weiß ich nicht nein

Sind Sie allergisch? ja weiß ich nicht nein

Wenn ja gegen welche Stoffe?

Impfungen

a) Röteln ja wenn ja, wann nein

b) HPV ja wenn ja, wann nein

Alkohol: ja wenn ja, wie viel nein

Drogen: ja wenn ja, welche nein

Medikamente: ja wenn ja, welche nein

Krebs in der Familie? ja wenn ja, welchen nein

Erbkrankheiten? ja wenn ja, welche nein

Hatten Sie gynäkologische Operationen? ja wenn ja, welche nein

Andere Operationen oder Erkrankungen? ja wenn ja, welche: nein

Datum Unterschrift