

ANAMNESEFRAGEBOGEN CHECK UP



Name, Vorname: _____

Geb.: ____ . ____ . ____

Anschrift: _____

1. Haben Sie zurzeit Beschwerden? (Wenn ja welche und seit wann?)

2. Sind in der Familie Krankheiten bekannt?

(z.B. Schlaganfall, Infarkt, Krebsleiden, Allergie, Rheuma, Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen, ...)

- Mutter: _____
- Vater: _____
- Geschwister: _____

3. soz. Anamnese:

➤ Wo sind Sie beschäftigt? (Welche Tätigkeit?)

➤ Sie sind

geschieden

verheiratet

ledig?

➤ Wie viele Kinder haben Sie?

4. Operationen (Welche? Wann?)
(z.B. Leistenbruch links ca.1998)

5. Allergien (wenn ja, welche?)

5. Gynäkologische Vorgeschichte

- 1. Menstruation mit ____ Jahren
- Menstruationsbeschwerden? (Welche?)

- Empfängnisverhütung? (Pille, Spirale etc.)

6. Trinken Sie Alkohol?

Nie

selten

wöchentlich

täglich

