

# 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

