

## Anamnese

Name:

Geb.- dat.:

Tel.-nr.:

E-Mail:

Beruf:

Letzte Krebsvorsorge (wann/ wo?):

Letzte Regelblutung:

Menarche (Alter b. erster Regelblutung):

Menopause (Alter b. letzter Regelblutung):

Zyklus: regelmäßig/ unregelmäßig/ Zwischenblutungen/ Dauer: ..... Tage

Verhütung/ Pille (bisher und aktuell):

Aktuell schwanger?: ja/ nein/ eventuell

Geburten:

	<u>Jahr</u>	<u>SSW</u>	<u>spontan/ Kaiserschnitt</u>	<u>Gewicht</u>	<u>Klinik</u>
1.					
2.					
3.					
4.					

Fehlgeburten (Jahr und SSW):

Interruptio (Abbruch):

Hormonersatztherapie (welche, wie lang?):

Mammographie / Mammasono (wann?):

Darmspiegelung (wann):

Operationen allg./ gyn (wann/ wo?):.

Erkrankungen:

Medikamente:

Allergien:

Bluttransfusionen/ Thrombosen:

Größe:

Raucher (Zig./Tag):

Gewicht:

Erkrankungen in d. Familie: