



Anamnesebogen für Patientinnen

Formblatt K1 FB PF 01-2

Frauenärzte Dornstadt: Dr. Oechsle / Dr. Konrad

Nachname, Vorname:		Geburtsdatum:		
Telefon:	Handy:	Email:		
Größe:	Gewicht:	Letzte Periode:	Erste Periode:	
<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Getrennt/geschieden	<input type="checkbox"/> Verwitwet
Hausarzt:		Beruf:		

Geburten:				
<input type="checkbox"/> Keine	Anzahl der Kinder: (Geburtsjahr)	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Komplikationen	<input type="checkbox"/> Künstl Befruchtung
Fehlgeburten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 und mehr	<input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft	

Vorerkrankungen/ Risiken:			
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Entzündung am Eierstock /Gebärmutter	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Brustkrebs	<input type="checkbox"/> Erh. Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Eierstockskrebs	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Krampfadern	
<input type="checkbox"/> Chronische Erkrankungen:			
<input type="checkbox"/> Andere:			
<input type="checkbox"/> Operationen:			
<input type="checkbox"/> Medikamente:			
<input type="checkbox"/> Allergien:			
Impfungen:			
<input type="checkbox"/> Masern / Mumps / Röteln ; <input type="checkbox"/> HPV; <input type="checkbox"/> Varizellen (Windpocken); <input type="checkbox"/> Andere:			

Erkrankungen in der Familie:			
<input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/> Brustkrebs	<input type="checkbox"/> Eierstockskrebs	<input type="checkbox"/> Darmkrebs
<input type="checkbox"/> Erbblinden	<input type="checkbox"/> Behinderungen	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> andere

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------