

Formular Anamnesebogen

Gültigkeitsbereich: Gynäkologie

Name: Vorname:

Geb.-datum: Anschrift:

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen zu Ihrer Krankengeschichte:

Eigene Krankengeschichte

1. Herz-Kreislaufkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
2. Bluthochdruck ja / nein Wenn ja, seit wann?
3. Nierenerkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
4. Lebererkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
5. Erbkrankheiten ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
6. Fehlbildungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
7. Blutungsneigung ja / nein Wenn ja, seit wann?
8. Thrombose ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
9. Allergien ja / nein Wenn ja, wann?
(auch Medikamente) Welche?
10. Asthma ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
11. Diabetes ja / nein Wenn ja, wann?
Welcher?
12. Schilddrüsenerkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
13. Krebserkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
14. Psychische Erkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
15. Psychosomat. Erkrankungen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
16. Körperliche / sexualisierte ja / nein Wenn ja, wann?
Gewalterfahrungen Welche?
17. Depressionen ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
18. Bluttransfusion ja / nein Wenn ja, wann?
19. Hüftdysplasie ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
20. Beckenbesonderheiten ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
21. Unfälle ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?

Formular Anamnesebogen

Gültigkeitsbereich: Gynäkologie

22. Brillenstärke ja / nein Wenn ja, welche?
23. Geschlechtskrankheiten ja / nein Wenn ja, wann?
Welche?
24. Medikamente ja / nein Welche?
25. Operationen ja / nein Wenn ja, wann?

Welche?.....
.....
.....

26. Gynäkologische Erkrankungen / Operationen ja / nein Wenn ja, wann?

Welche?.....
.....
.....

27. First-Trimester-Screening durchgeführt? ja / nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.
28. Feindiagnostik durchgeführt? ja / nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.
29. Nicht-invasiver Pränataltest durchgeführt? ja / nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.
30. Andere Vorbefunde allgemein ja / nein Wenn ja, bitte Befundkopie mitbringen.

Familien- und Kindsvateranamnese

31. Herz-Kreislaufkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
32. Bluthochdruck ja / nein Wenn ja, wer?
33. Erbkrankheiten ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
34. Nierenerkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
35. Lebererkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
36. Fehlbildungen ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
37. Blutungsneigung ja / nein Wenn ja, wer?
38. Thrombose ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
39. Allergien ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
40. Diabetes ja / nein Wenn ja, wer?
Welcher?
41. Schilddrüsenerkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
42. Krebserkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?
43. psychische Erkrankungen ja / nein Wenn ja, wer?
Welche?