



Anamnesebogen

Liebe Patientin,

ich möchte Sie optimal beraten. Um Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und um mögliche Risiken bei einer Verordnung von Medikamenten nicht zu übersehen, bitte ich Sie folgende Fragen zu beantworten und die zutreffenden Antworten anzukreuzen:

Angaben zur Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Regelblutung

Blutungsrythmus unregelmäßig regelmäßig

Zwischenblutungen häufig selten nie

Zykluslänge (Tage) weniger als 25 25-35 mehr als 35

Blutungsdauer (Tage) 7 oder kürzer länger als 7

Blutungsstärke (Vorlagen / Tampons pro Tag)

stark (>5) schwach (<2) mittel (2-5)

Schmerzen vor, am Beginn oder während der Periode?

Ja, stark Ja, mäßig Nein bzw. schwach

Andere zyklusabhängige Beschwerden (z.B. Brustspannen, Kopfschmerzen)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Durchfall oder Erbrechen? Ja Nein

Risikofaktoren und Erkrankungen

Trat bei Ihnen schon einmal eines der folgenden Ereignisse auf?

Thrombose oder Lungenembolie Ja Nein

Herzinfarkt oder Schlaganfall Ja Nein

Unklare Ohnmachtsanfälle oder Bewusstlosigkeit Ja Nein

Krebserkrankung Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten?

- | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------|
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Chronische Herz- oder Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Angina pectoris (Herzschmerzen) / Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hohe Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leber- oder Gallenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Starke Kopfschmerzen / Migräne | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, haben Sie Kopfschmerzen Sehstörungen, Sprachstörungen, Taubheitsgefühle oder Ähnliches? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Andere chronische Erkrankungen (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa, SLE, usw.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? | | |
| Haben Sie Krampfadern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, haben Sie Beschwerden und wie äußern sich diese? | | |
| Haben Sie Unverträglichkeiten oder Allergien? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate ein? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Hatte ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Kinder) eine der folgenden Krankheiten / Beschwerden? | Wenn ja, wer und in welchem Alter? | |
| Thrombose / Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Angina pectoris / Stent / Bypass | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hohe Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? | | |

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit bestätigen Sie als Patientin, den Bogen nach Ihrem besten Wissen selbst ausgefüllt zu haben. Dieser Anamnesebogen dient der Ärztin als Dokumentationshilfe und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.