



## PATIENTENDATEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

Menarche: \_\_\_\_\_ 1. T. d. letzten Periode: \_\_\_\_\_

Zyklusdauer: \_\_\_\_\_ Blutungsdauer: \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Schwangerschaften: NEIN  JA   
wenn ja, wann/wie viele?

Geburten: NEIN  JA  spontan  per sectio

Fehlgeburten: NEIN  JA

## ERKRANKUNGEN

Asthma  Diabetes  Schilddrüse  Bluthochdruck

Andere \_\_\_\_\_

Allergien NEIN  JA

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nikotin NEIN  JA

wenn ja, wie viel \_\_\_\_\_

Alkohol NEIN  JA

wenn ja, wie viel \_\_\_\_\_

## FAMILIENANAMNESE

Krebsleiden	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>	Thrombosen	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Lungenembolien	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>	Bluthochdruck	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Schlaganfall	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>	Diabetes	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Rheuma	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>			

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_