

## Anamnese Bogen - Frauenarztpraxis Dr. Axel Widing

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsname: ..... Geburtsdatum: .....

Hatten Sie schon ernsthafte Erkrankungen (z.B. an Herz, Lunge, Leber, Nieren etc.)?  
.....

Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Rheuma, Zuckerkrankheit)?  
.....

Hatten Sie als Kind häufig wiederkehrende Erkrankungen (z.B. Mandelentzündungen, Zahnprobleme, Blasenentzündungen, Kopfschmerzen etc.)?  
.....

Gibt es eine Häufung bestimmter Erkrankungen in Ihrer Familie (z.B. Herzinfarkte, Schlaganfälle, Thrombosen, Krebserkrankungen o.ä.)?  
.....

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?  
.....

Haben Sie Allergien (z.B. gegen Medikamente)?  
.....

Wurden Sie bereits am Unterleib operiert? Wenn ja, was?  
.....

Sind Sie überhaupt schon operiert worden? Wenn ja, an welchen Organen bzw. Körperteilen?  
.....

Sind Fehlbildungen der Genitalorgane bekannt?  
.....

Haben Sie Kinder? ..... Wenn ja, in welchen Jahren waren die Entbindungen? .....

Gab es Komplikationen? ..... Sind die Kinder gesund? .....

Sind Sie berufstätig? Wenn ja, was machen Sie beruflich? .....

Haben Sie regelmäßig Regelblutungen? ..... Wie sind die Abstände? .....

Haben Sie Beschwerden, die speziell vor Einsetzen der Regelblutung auftreten (z.B. ein Spannungsgefühl in den Brüsten, Stimmungsschwankungen oder Wassereinlagerungen)?  
.....

Haben Sie aktuell Beschwerden? Wenn ja, welche Beschwerden?  
.....

Bevorzugen Sie pflanzliche Arzneimittel bzw. naturheilkundliche Behandlungsformen? .....

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? .....