



### Stammdaten

Name, Vorname	geb. am
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort
Telefon (Festnetz und Mobil)	E-mail-Adresse
Krankenkasse	Hausarzt/Hausärztin
Beruf	Arbeitgeber

### Anamnese (Vorgeschichte)

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periodenblutung? mit ..... Jahren	Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe? Gewicht: ..... (kg) Größe ..... (cm)																																																									
Mein Zyklus ist <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regel- blutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regel- blutung (Zyklusabstand)? durchschnittlich.....Tage	Wann war der Beginn der letzten Periodenblutung? Datum: ..... bzw. wie alt waren Sie bei Ihrer letzten Periodenblutung (Menopause)? .....(Jahre)																																																									
Anzahl der Schwangerschaften insgesamt: ..... Geburten (Jahreszahl):..... Gab es Komplikationen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, welche (Kaiserschnitt, Hochdruck, Diabetes,..)? ..... Fehlgeburten (Jahreszahl): .....	Wie verhüten Sie im Moment? <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> natürlich <input type="checkbox"/> Nuvaring <input type="checkbox"/> Implanon <input type="checkbox"/> 3- Monats- Spritze <input type="checkbox"/> Pille welche:..... <input type="checkbox"/> Spirale welche:.....seit.....(Monat/Jahr) Haben Sie oder Ihr Partner sich sterilisieren lassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wer?.....wann? .....(Jahr)																																																									
Wurden schon Operationen durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Art der Operation</th> <th>Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Art der Operation	Jahr							Nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche?) ..... Wann war die letzte Mammographie? .....(Jahr) Wann war die letzte Darmspiegelung? .....(Jahr)																																																	
Art der Operation	Jahr																																																									
Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung (z.B. Depression)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche?.....	<b>Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?</b> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>nein</th> <th>ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Diabetes (Zuckerkrankheit)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bluthochdruck</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Schilddrüsenerkrankung</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Asthma / chron. Bronchitis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Epilepsie</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Magen-/Darmerkrankung</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nierenerkrankung</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Erbkrankheiten</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Herz- /Kreislauf- /Gefäßerkrankung</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Krebserkrankung /andere Tumore</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>welche?.....</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Migräne</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit Begleitsymptomen (Aura)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Beinvenenthrombose</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lungenembolie</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Schlaganfall</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		nein	ja	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz- /Kreislauf- /Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung /andere Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche?.....			Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit Begleitsymptomen (Aura)			Beinvenenthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		
	nein	ja																																																								
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																										
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Asthma / chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Herz- /Kreislauf- /Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Krebserkrankung /andere Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
welche?.....																																																										
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit Begleitsymptomen (Aura)																																																										
Beinvenenthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Sonstiges:																																																										
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> 1-10 Zig. <input type="checkbox"/> 10-20 Zig. <input type="checkbox"/> mehr als 20 Zig.																																																										
Haben Sie Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche?..... Haben Sie schon auf Medikamente allergisch reagiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja auf welche?.....																																																										
Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche? bei wem? aufgetreten in welchem Alter? ..... .....																																																										
Gibt es Thrombose/Embolie/Schlaganfall/Herzinfarkt in der Familie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei wem? aufgetreten in welchem Alter? ..... .....																																																										
Gibt es Erbkrankheiten, Fehlbildungen oder Krankheiten, die gehäuft in der Familie vorkommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																										