



Anamnesebogen

Name Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer E-Mail

Beruf Hausarzt/-ärztin

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung Gewicht

Letzte Mammographie Größe

Letzte Darmspiegelung

Haben Sie eine vollständige Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs (HPV-Impfung) erhalten? Ja Nein

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung?

Wann war Ihre letzte Regelblutung?

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus? Ja Nein

Haben Sie starke Schmerzen bei der Regelblutung? Ja Nein

Haben Sie starke Schmerzen vor der Regelblutung? Ja Nein

Wie verhüten Sie?

Kondom Pille – Welche: Verhütungsring

Zyklusmonitoring (NFP) Kupfer-Spirale Hormonspirale

Sterilisation Andere: gar nicht

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

1. 2. 3.

Wurden Sie schon einmal im Bauchraum und/oder an der Brust operiert? Ja Nein

Wenn ja, welche Operation und wann?

1. 2.

Haben Sie behandlungsbedürftige Erkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

1. 2.

Haben Sie Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

1. 2.

Haben Sie Kinder?

Ja Nein

Wenn ja, wann, mit welchem Gewicht und wie geboren?

1. Mädchen Junge

2. Mädchen Junge

3. Mädchen Junge

Gab es Fehlgeburten?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Gab es Eileiterschwangerschaften?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Gab es Schwangerschaftsabbrüche?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Gab es Totgeburten?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

Wurde bei Familienmitgliedern Brust-, Eierstocks oder Darmkrebs diagnostiziert?

Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

1. 2. 3.

Wurde bei Familienmitgliedern eine Thrombose, Herzinfarkt oder Schlaganfall diagnostiziert?

Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

1. 2. 3.

Gibt es andere gehäuft auftretende Erkrankungen in Ihrer Familie?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

1. 2. 3.

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wieviel?

Sonstiges

.....
.....
.....

Hamburg, den Unterschrift