

**Anamnesefragebogen von Frauenärztin Mohrmann,
Eickhoffer Str. 4a 33142 Büren**

Name: _____ Geb.Datum: _____ Fam.-stand: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Beruf: _____ Größe /Gewicht: _____

Hausarzt/ärztin: _____

Wir haben einige Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, deren genaue Beantwortung uns hilft, Sie besser beraten und behandeln zu können:

Zutreffendes bitte ankreuzen: siehe O

Vorerkrankungen:

Leiden Sie an einer der angegebenen **Erkrankungen**?

<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Embolie	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Urinverlust
<input type="checkbox"/> Brustkrebs	<input type="checkbox"/> andere Krebserkrankung		<input type="checkbox"/> Epilepsie

andere Erkrankungen: _____

Menstruationszyklus:

Erster Tag der letzten Blutung: _____ Regelmäßiger Zyklus: ja nein

Ist die Blutung: stark normal schwach sehr schmerzhaft

Die Blutung dauert _____ Tage. Der Zyklus dauert _____ Tage

Alter bei Ihrer ersten Regelblutung?: _____Jahre

Eventuell auch Alter bei der Menopause?: _____Jahre

Wie **verhüten** Sie aktuell? Gar nicht Mit: _____ seit: _____

Geburten:

Jahr der Geburt	Geschlecht des Kindes	Natürliche Geburt	Kaiserschnitt	Saugglocke/Zangengeburt

Hatte Sie: Fehlgeburten Abtreibungen Eileiterschwangerschaften ?

