



## Anamnese

Im Rahmen unserer frauenärztlichen Behandlung bitten wir Sie, uns folgende wichtige Informationen zu geben, die uns eine ganzheitliche und korrekte Behandlung ermöglichen sollen:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
E-Mail (wenn vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Beruf

1. Hausarzt | bisheriger Frauenarzt (letzter Abstrich | Krebsvorsorge?)

\_\_\_\_\_

2. Medikamente, die Sie dauerhaft einnehmen

\_\_\_\_\_

3. Letzte Regelblutung

\_\_\_\_\_

4. Anzahl der Schwangerschaften | Geburten | Kinder

\_\_\_\_\_

5. Fehlgeburten | Schwangerschaftsabbrüche

\_\_\_\_\_

6. Allergien

\_\_\_\_\_

7. Größe | Gewicht

\_\_\_\_\_

8. Rauchen Sie und wenn ja, wie viel?

\_\_\_\_\_

9. Operationen (Wann?) | Kaiserschnitt ?

\_\_\_\_\_

10. Chronische Erkrankungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift