Anamnesebogen für Frauen

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname: | Nachname: |
| Geboren am: | Tel.: |
| Adresse: | Email: |
| Größe: | Gewicht: |
| Krankenversicherung:GesetzlichPrivatHeilpraktiker-ZusatzversicherungBeihilfe/Post | Name der Krankenkasse: |
| Aktuelle Beschwerden (und seit wann?): |
| Wie wurden Ihre Beschwerden bisher behandelt? |
| Wie stark sind Ihre Beschwerden? (Skala von 1 bis 10) | Frühere Erkrankungen: |
| Unfälle: | Operationen: |
| Medikamente (wofür und seit wann?): | Verhütungsmittel: |
| Besteht aktuell Kinderwunsch? Wurden Behandlungen diesbezüglich bereits durchgeführt? |
| Schwangerschaften (auch Abtreibungen/Fehlgeburten): | Geburten (wann? Spontane Geburt? Kaiserschnitt?): |
| Erste Menstruation (mit wie vielen Jahren?): | Menstruationsanamnese (Dauer? Stärke? Rhythmus?): |
| Beschwerden vor/während/nach der Periode? | Beschwerden zum Zeitpunkt des Eisprungs? |
| Wie war Ihre eigene Geburt (Spontangeburt? Kaiserschnitt?): | Wurden Sie gestillt? |
| Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (z.B. Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Geschlechtskrankheiten, psychische Erkrankungen, Diabetes, Schlaganfall, Asthma, Allergien, Hauterkrankungen etc.) |
| Welche Impfungen haben Sie bekommen? (ggf. Impfpass mitbringen): | Gab es Reaktionen auf Impfungen (z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, vermehrte Infektanfälligkeit, Entzündungen, Hauterscheinungen etc.)? |
| Allergien: | Nahrungsmittelunverträglichkeiten: |
| Zahn-/Kieferbehandlungen: | Verwendete Materialien im Mundbereich: |
| Trinkgewohnheiten (wie viel täglich? was?): | Essensgewohnheiten: |
| Stuhlgang (wie oft? Beschwerden?, Auffälligkeiten?): | Wasserlassen (wie oft? Beschwerden? Auffälligkeiten?): |
| Wie ist Ihr Schlaf? | Auffällige Laborwerte? Ggf. vorliegende Laborwerte bitte mitbringen |
| Beruf: | Sport: |
| Hobbies: | Rauchen Sie? (wenn ja, wieviel?) |
| Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? | Was wünschen Sie sich von meiner Behandlung? |

**Hinweis**: Falls Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, bitte ich Sie, diesen frühestmöglich oder bis spätestens 24 h vorher abzusagen. Da ich ausreichend Zeit für Vorbereitung und Behandlung für Sie reserviere, behalte ich mir vor, bei Nichterscheinen ein Ausfallshonorar in Höhe von 50% der Behandlungskosten in Rechnung zu stellen.