



MESANA Gesundheitszentrum
Kirchheimer Str. 77
73249 Wernau (Neckar)
Telefon: 07153 - 30 51 902
E-Mail: info@mesana.de

ANAMNESEBOGEN

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus und bringen Sie ihn zu Ihrem Termin mit. Vielen Dank!

PATIENTENDATEN

Vor- und Nachname: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Email-Adresse: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Ernsthafte Erkrankungen: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, welche? _____

Operationen: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____ Jahr: _____

Wenn ja, welche? _____ Jahr: _____

Wenn ja, welche? _____ Jahr: _____

Stationäre Krankenhausaufenthalte: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Grund: _____ Jahr: _____

Wenn ja, Grund: _____ Jahr: _____

Wenn ja, Grund: _____ Jahr: _____

Aktuelle oder frühere Erkrankungen :

☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes mellitus ☐ Erhöhte Fettwerte

☐ Migräne ☐ Osteoporose ☐ Herzinfarkt

☐ Schlaganfall ☐ Thrombose ☐ Brustkrebs

☐ Gebärmutterkrebs ☐ Andere:

Lebensstil Rauchen: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: _____ Zigaretten/Tag

Regelmäßiger Sport: ☐ Ja ☐ Nein

Allergien: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche: _____

Wenn ja, welche: _____

Wenn ja, welche: _____

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchungen:

Familiäre Vorgeschichte:

☐ Brustkrebs ☐ Osteoporose ☐ Thrombose/Blutgerinnsel

☐ Sonstiges:

Gynäkologische Vorgeschichte:

Kinder: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Geburtsjahr: _____ Geburtsart: ☐ Vaginal ☐ Kaiserschnitt

Wenn ja: Geburtsjahr: _____ Geburtsart: ☐ Vaginal ☐ Kaiserschnitt

Wenn ja: Geburtsjahr: _____ Geburtsart: ☐ Vaginal ☐ Kaiserschnitt

Fehlgeburten: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Dauer der Schwangerschaft: _____

Erste Periode mit: _____ Jahren

Hormonelle Verhütung: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, womit?

☐ Pille

Erster Beginn: _____ Zeitraum der Anwendung: _____

☐ Hormonspirale

Erster Beginn: _____ Zeitraum der Anwendung: _____

☐ Hormonstäbchen

Erster Beginn: _____ Zeitraum der Anwendung: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____