

Bitte bringen Sie alle bereits vorhandenen Unterlagen (z.B. Hormontests, Operations-Bericht, Mutterpass, Berichte von früher aufgetretenen oder noch bestehenden Erkrankungen, etc.) mit.

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

Hausarzt/ärztin:
Adresse:

Frauenarzt/ärztin:
Adresse:

Größe:

Gewicht:

1. Warum haben Sie oder Ihre Ärztin/Arzt einen Termin im CERF vereinbart (Beschwerden?)

2. Datum des 1. Tages der letzten Regelblutung?
Tag/Monat/Jahr

3. Wie lange ist der Abstand vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der darauffolgenden Regelblutung?

Anmerkung: Dieser Abstand ist die „Zyklusdauer“ oder „Zykluslänge“

regelmäßig zwischen und Tagen

unregelmäßig zwischen und Tagen

4. Wie lange dauert Ihre Regelblutung im Durchschnitt?
Zwischen und Tagen

5. Wie ist die Blutungsstärke normalerweise?
sehr stark?
mittel?

6. Haben Sie stärkere Schmerzen bei der Regelblutung?
nein
ja

7. Haben Sie ein „Vorschmieren- oder „Nachschmieren“ vor bzw. nach der Regelblutung)?
nein
ja, vorher, wieviel Tage?
ja, nacher, wieviel Tage?

8. Haben Sie Zwischenblutungen?
nein
ja

9. Welche Verhütungsmethoden haben Sie angewendet?
die Pille von bis (Jahr)
die Spirale von bis (Jahr)
Sonstiges von bis (Jahr)

10. Haben Sie bereits ein Kind/Kinder?
nein
ja, mit jetzigem Partner
wann geboren (Jahr)

ja, mit anderem Partner
wann geboren (Jahr)

11. Gab es bei der Geburt Besonderheiten?
(z.B. Kaiserschnitt, Frühgeburt, Infektionen)
nein
ja, welche?

12. Hatten Sie eine Fehlgeburt?
nein
ja, wann? (Jahr)

13. Sind Sie in den Wechseljahren?

(mit Kontrastmittel-Ultraschall/ mit Bauchspiegelung?)

nicht bekannt

nein

ja, seit wann?

14. Haben Sie Beschwerden?

nein

ja, welche?

15. Nehmen Sie deswegen Medikamente ein?

nein

ja, welche?

16. Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?

nein

ja, wann?

Bluttest

Ultraschall

Ergebnis

17. Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

nein

ja, welche?

18. Haben Sie folgende Erkrankungen:

Diabetes (Zuckerkrankheit) insulinpflichtig

Gelenkerkrankungen

Immunerkrankungen

Hauterkrankungen

Brusterkrankungen

Thrombosen/Embolien

Bluthochdruck

Herz-/klappen-/Kreislauf-/Gefäßerkrankungen

Krampfadern

Epilepsie

Asthma

Magen-/Darmerkrankungen

Nierenerkrankungen

Lebererkrankungen

Krebs/ andere Tumore

Kopfschmerzen

Migräne

Andere Erkrankungen, welche?

19. Nehmen Sie Medikamente ein?

nein

ja, welche?

20. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen?

(z. B. Diabetes, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Thrombosen?)

nein

ja, welche?

21. Haben Sie Allergien?

nein

ja, welche?

22. Nehmen Sie Medikamente gegen Allergien ein?

nein

Ja, welche?

23. Gewicht:

Gibt es deutliche Zunahmen?

nein

ja, wieviel

Starke Gewichtszunahme in der Pubertät?

nein

ja

Deutliche Abnahmen?

nein

ja, seit wann?

wie viel?

24. Ernährung:

Regelmäßige Mahlzeiten

Selbst gekocht, viele frische Sachen

Essen aus der Kantine

Fertiggerichte

Häufig „fast food“

Getränke (vorwiegend):

Wasser, ungesüßter Tee

Saft, Saftschorle

Softdrinks

Kaffee, Schwarztee

25. Rauchen Sie?

nein

ja, wieviele Zigaretten?

26. Bewegung:

sportliche Betätigung regelmäßig:

nein

ja, was?

Wie häufig (Woche)

Weg zur Arbeit:

Auto

Bus/Bahn

Fahrrad

zu Fuß

**Bitte schicken Sie uns diesen Anamnesebogen
ausgefüllt über unsere Homepage**

([Service > Übermittlung von Unterlagen](#))

oder per Post zu:

CERF

Bismarckallee 7 f

79098 Freiburg

www.cerf-freiburg.de

27. Haut:

Akne, seit? behandelt? ja

Behaarung, seit? behandelt? ja

Haarausfall, seit? behandelt? ja

28. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?