

ANAMNESEBOGEN FÜR FRAUEN

Bitte alle Fragen genau beantworten - zutreffendes markieren
und zur Sprechstunde mitbringen oder vorab an die Praxis faxen - Fax-Nr. 08 41.91 02 51

Name / Vorname: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ ledig verheiratet

Geburten (Anzahl / spontan / Kaiserschnitt): _____

_____ Fehlgeburten: _____

Kinder (Anzahl / Alter / Erkrankungen): _____

Periodenblutungen (früher): früher Beginn später Beginn immer regelmäßig oft unregelmäßig

Periodenblutungen (aktuell): immer regelmäßig oft unregelmäßig keine mehr seit: _____

Vorsorge durch Frauenarzt (Regelmäßig? Wann zuletzt? Befund?): _____

Einnahme von Pille / Hormonen (Präparat? Seit wann?): _____

Erkrankungen in der Familie: Mutter Vater Geschwister Großmutter Großvater

Herzinfarkt _____ Schlaganfall _____

Diabetes _____ Bluthochdruck _____

Krebs (Organ?) _____ Übergewicht _____

Schilddrüse / Osteoporose _____

Aktuelles Körpergewicht (kg): _____ Bisher höchstes Gewicht: _____ Gewicht vor 3 Jahren: _____ BMI: _____

Körpergröße (cm): _____ Bauchumfang (Nabelhöhe): _____

Nikotin (Wieviel / Tag? Seit wann?): _____ Alkohol (In welcher Form? Wie oft?): _____

Wie ernähren Sie sich? sehr gesundheitsbewußt durchschnittlich wahllos bis chaotisch

Wie oft pro Woche essen Sie:

Wurst: ___ x Fleisch: ___ x Fisch: ___ x Gemüse: ___ x Obst: ___ x Kuchen / Gebäck: ___ x Süßigkeiten: ___ x Schokolade: ___ x

Kennen Sie phasenweise starken Appetit und Heißhungergefühle? ja nein Wie oft? ___ x / Woche

Welche Getränke bevorzugen Sie? _____ Tägliche Trinkmenge: ___ Liter

Wie oft bewegen Sie sich > 20 Minuten am Stück? nie 1 - 2 x / Woche 2 - 3 x / Woche täglich

Üben Sie Sportarten aus? Welche? Wie oft? _____

Was tun Sie für den Muskelaufbau? nichts Theraband Hanteltraining gezielte Gymnastik

Stressfaktor: hoch mittel gering nur beruflich bedingt nur privat bedingt beides

Private Situation: glücklich / harmonisch unglücklich / konfliktreich geschieden / in Trennung solo

Wechseljahresbeschwerden (Nervosität, innere Unruhe, Schlafstörungen, Hitzewallungen, Schwitzen, Cellulite, Herzpochen, Bluthochdruck):

ständig häufig mitunter selten nie

Allgemeinbefinden: gut mäßig schlecht Müde / Schlapp / Burn-Out: ja nein

Stimmungslage: ausgeglichen stark schwankend häufig deprimiert depressiv aufbrausend

Sexualfunktion (Libido / Lust auf Sex): gut ausreichend gering erloschen

Gebärmutter / Eierstöcke: vorhanden entfernt (Wann?) _____ Thrombose gehabt: ja nein

Bisherige Erkrankungen: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Schwachpunkte im Körper (bekannte Risiken):

Herz / Kreislauf / Blutdruck / Blutfette Verdauung / Magen / Darm Stoffwechsel / Schilddrüse / Gewicht

Psyche / Stimmungslage / Denken Gelenke / Knochen / Sehnen / Wirbelsäule Haut / Bindegewebe / Haare / Nägel

Augen / Ohren / Mund / Schleimhäute Nieren / Leber / Bauchspeicheldrüse Immunsystem (häufige Infekte / Allergien)

Einnahme von Medikamenten (Präparat / Dosierung / Wie oft?): _____

Einnahme von Vitaminen, Mikronährstoffen, sonstigen Produkten (Präparat / Dosierung / Wie oft?): _____

Ort / Datum

Unterschrift