

## ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon/Handynr.:

E-Mail:

Beruf:

Hausarzt:

Periode: **regelmäßig** **irregulär** **normal** **schwach** **verstärkt**

Menopause seit:

Verhütung: **Pille** **Kondom** **Spirale** **Vag.Ring**  
**3-Monatsspritze** **gleichgeschlechtliche Partnerschaft**

Impfung gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs): **Ja** **Nein**

Anzahl Schwangerschaften, davon: **Geburten** / **Kaiserschnitt**

Bluttransfusion: **Ja** **Nein**

Blutgerinnungsstörung: **Ja** **Nein**

Allgemeinerkrankungen:

Familiäre Krebskrankheiten:

Medikamente:

Operationen:

Infektiöse Erkrankungen:

Allergien:

Nikotin (Zigaretten/Tag):

Alkohol(regelmäßig/Tag):