

Name, Geburtsdatum

Anamnese:

Liebe Patientin!

Für eine optimale, auf Ihre persönlichen Bedürfnisse angepasste Betreuung und Behandlung müssen wir einige Dinge zu Ihrer Krankheitsgeschichte wissen. Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen.

- Sind bei Ihnen allgemeine Erkrankungen bekannt (z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Herz-, Leber- oder Nierenerkrankung)?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Haben Sie Allergien? Wenn ja, worauf?

- Sind Sie gegen folgende Infektionen geimpft? (bitte ankreuzen)

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Masern/Mumps/Röteln (MMR) | <input type="checkbox"/> | Hepatitis B | <input type="checkbox"/> | Windpocken | <input type="checkbox"/> |
| Tetanus | <input type="checkbox"/> | Diphtherie | <input type="checkbox"/> | Polio | <input type="checkbox"/> |
| Grippe | <input type="checkbox"/> | Corona | <input type="checkbox"/> | | |

- Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

| | | | | | |
|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Brustkrebs | <input type="checkbox"/> | Eierstockkrebs | <input type="checkbox"/> | Darmkrebs | <input type="checkbox"/> |
| Thrombosen | <input type="checkbox"/> | Schlaganfälle | <input type="checkbox"/> | Embolien | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Herzkrankungen | <input type="checkbox"/> | Erbkrankheiten | <input type="checkbox"/> |

- Sind Sie im Bauch, im Genitale oder an der Brust schon einmal operiert worden?

- Haben Sie Kinder geboren? Wie viele? Durch die Scheide oder per Kaiserschnitt?

- Hatten Sie Fehlgeburten, Eileiterschwangerschaften oder Abbrüche?

- Wie alt waren Sie zu Ihrer ersten Regelblutung?

- Wie alt waren Sie zu Ihrer letzten Regelblutung (Menopause)?

- Wie verhüten Sie?

- Konsumieren Sie folgende Drogen (bitte ankreuzen)?:

Nikotin wieviel pro Tag? -----

Alkohol wie häufig in der Woche? -----

Sonstige

- Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung bei der/dem GynäkologIn?

Haben Sie das Ergebnis? Pap-Test: unauffällig auffällig
HPV-Test: unauffällig auffällig

- Wann war die letzte Mammographie/Mammasonographie?

- Was ist der Grund Ihres Besuches?

Krebsvorsorge sonstiges
Beschwerden welche? -----



Vielen Dank!