

## Anamnesebogen

			kg	cm
Name, Vorname	Geburtsdatum	Telefon	Gewicht	Größe

### Gynäkologische Anamnese

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?

Wann war ihre letzte Monatsblutung? (**1.Tag d. Periode *oder* Menopause**):

Wurden Sie gegen Gebärmutterhals-Krebs geimpft?  ja  nein  unklar  möchte Beratung

Welche Verhütungsmethode wenden sie an?  Keine  Pille  Spirale  Sterilisation  Sterilisation des Partners  sonstiges

Nehmen oder nahmen sie Hormone ein?  nein  
Welche und wie lang?

Sind bei ihnen gynäkologische Erkrankungen bekannt?  Myome  Zysten  Polypen  sonstiges  nein

Haben Sie Kinder?  nein

Geschlecht	Geburtsjahr	Spontan	Kaiserschnitt
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie eine/n  Fehlgeburt  Abbruch  Eileiterschwangerschaft? Wie oft?  nein

Hatten Sie gynäkologische Operationen? Wann und welche?  nein

### Eigenanamnese

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?  Thrombose  Migräne  Schilddrüsen-,  Leber-,  Nieren- oder  Magen-Darm-Erkrankungen  Blutdruck  Zucker  Rheuma  sonstiges:  nein

Gibt es Krebserkrankungen in ihrer Familie? Wenn ja: wer/welches Organ/mit wie viel Jahren das erste Mal erkrankt? Mütterlich- oder väterlicherseits?  nein

Gibt es andere Erkrankungen?  Herzinfarkt  Thrombose  Schlaganfall  Zucker  M.Down  nein

Wer?

### Operationen

Wurden Sie schon mal operiert? Was und in welchem Jahr?  nein

### Medikamente

Nehmen Sie Medikament ein?  nein

### Allergien

Haben Sie Allergien?  Medikamente  Gele  Latex?  nein

### Sonstiges

Gibt es sonstige medizinische Besonderheiten?

Hatten Sie schon Mal eine Darmspiegelung?  ja  nein  länger als 10 Jahre her Welches Jahr? \_\_\_\_\_  
Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Liebe Patientin, bitte informieren Sie uns in Zukunft selbstständig, falls sich an Ihrer medizinischen Situation etwas verändern sollte.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_