



Anamnesebogen

Name:

Geburtsdatum:

Größe:

Allergien: () Nein () Ja , welche? _____

Konsum von folgender Substanzen:

	nie	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin				
Alkohol				
Drogen				

Medikamente: () Nein () Ja , welche? _____

Chronische Erkrankungen: () Nein () Ja, welche? _____

Gerinnungsstörung bei Ihnen oder einem Familienmitglied bekannt? () Nein () Ja,welche?

Krebserkrankungen in der Familie bekannt? () Nein () Ja, wer und welche? _____

Hausarzt: _____

Darmspiegelung: () Nein () Ja, wann die letzte? _____

Haben Sie die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) bekommen? () Nein () Ja

Ihre aller erste Periodenblutung : _____

Der erste Tag ihrer letzten Periodenblutung: _____

Ihr Zyklus geht insgesamt _____ Tage und über einen Zeitraum von _____ Tagen

Verhüten Sie aktuell? () Nein () Ja, womit? _____

Haben Sie Beschwerden beim Geschlechtsverkehr? () Nein () Ja, welche? _____

Haben Sie Inkontinenzbeschwerden? () Nein () Ja, welche? _____

Besteht aktuell bei Ihnen ein Kinderwunsch? () Nein () Ja

Fehlgeburten/Abtreibungen/Eileiterschwangerschaft :

() Nein () Ja, wann ? _____

Geburten: (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke)

Monat/Jahr	Entbindungsart	Geschlecht	Gewicht	Wo entbunden?

Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf : () Nein () Ja,welche? _____

Gynäkologische Operationen: () Nein () Ja,welche? _____

Gynäkologische Erkrankungen: () Nein () Ja, welche? _____

Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung? Befund auffällig ? () Nein () Ja , Befund

Wann war die letzte Krebsvorsorge? Befund auffällig ? () Nein () Ja, Ergebnis _____

Waren Sie schon einmal bei einer Mammographie? () Nein () Ja , wann war die Letzte, wo waren Sie und gibt es einen Befund? _____

Waren Sie schon einmal zum Brustultraschall? () Nein () Ja, wann war der Letzte , wo waren Sie und gibt es einen Befund? _____

Haben Sie Erfahrung mit sexueller Gewalt gemacht? () Nein () Ja

Möchten Sie in unser Recall-System aufgenommen werden? () Nein () Ja

(Sie werden von uns informiert, wenn wieder eine Untersuchung , z.B. Mammographie oder Krebsvorsorge, dran ist)

Datum + Ort

Unterschrift