

Anamnesebogen für die Patientin

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Festnetz-Telefonnummer:	
Handynummer:	
Email-Adresse:	
Beruf:	
Arbeitgeber:	
Familienstand:	
Hausarzt:	
Körpergröße:	
Körpergewicht:	
In welchem Alter war Ihre erste Regelblutung? (Menarche)	
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Wann war Ihre letzte Regelblutung? (Menopause)	
Wie viele Schwangerschaften hatten Sie?	_____
	Davon Geburten: _____
	Davon Fehlgeburten: _____
Hatten Sie gynäkologische Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? _____
Wann war Ihre letzte Krebsfrüherkennungs- untersuchung?	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (<i>Bringen Sie bitte Ihren Medikamentenplan mit.</i>)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? _____ _____ _____
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? _____ _____ _____
Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? (Bösartige Erkrankungen, Thrombose, ...)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? _____ _____ _____
► bei Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? _____ _____
Haben Sie eine HPV-Impfung erhalten? (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja