

Anamnesebogen

Pat.-Nr. _____

Name _____ Geburtsdatum _____

Adresse (vollständig) _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Schwangerschaften:

Anzahl Geburten _____ Davon Kaiserschnitte _____

Fehlgeburten _____ Eileiterschwangerschaft _____ Schwangerschaftsabbrüche _____

Hatten Sie Operationen an der Brust?

Nein Ja, welche? _____

Hatten Sie Operationen an der Gebärmutter / an den Eierstöcken?

Nein Gebärmutter entfernt Eierstock entfernt andere _____

Leiden Sie unter Erkrankungen?

Nein Diabetes Bluthochdruck Gerinnungsstörung Schilddrüsenerkrankung andere _____

Sind in Ihrer Familie folgende Krebserkrankungen bekannt?

Nein Brustkrebs Prostatakrebs Eierstockkrebs Darmkrebs

Sind in Ihrer Familie Thrombosen, Schlaganfall oder Herzinfarkt bekannt?

Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, welche? _____

Haben Sie Allergien gegen Medikamente?

Nein Ja, welche? _____

Verhüten Sie?

Nein Ja, wie? _____ seit wann? _____

Rauchen Sie?

Nein Ja, täglich? _____

Wurden Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft?

Nein Ja, Name des Impfstoffes _____

Dürfen wir Sie in Zukunft an die jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung erinnern?

Nein Ja

Datum, Unterschrift _____