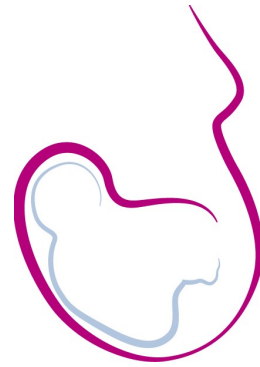


Anamnesebogen für Neupatienten



Persönliche Daten

Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Mobil-Nr.:
Festnetz-Nr.:	Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg
Raucher? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wie viel? _____	Beruf:

Schwangerschaftsvorgeschichte

Jahr	Art der Entbindung	Jahr	Art der Entbindung
	Normal <input type="checkbox"/> / Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> / Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>
	Normal <input type="checkbox"/> / Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> / Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>
	Normal <input type="checkbox"/> / Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> / Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>

Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbrüche

Jahr		Jahr	
	Fehlgeburt <input type="checkbox"/> / Abbruch <input type="checkbox"/>		Fehlgeburt <input type="checkbox"/> / Abbruch <input type="checkbox"/>
	Fehlgeburt <input type="checkbox"/> / Abbruch <input type="checkbox"/>		Fehlgeburt <input type="checkbox"/> / Abbruch <input type="checkbox"/>

Zyklus

In welchem Alter bekamen Sie das erste Mal ihre Periode? _____
Wie viele Tage liegen bei Ihnen zwischen dem 1.Tag der Blutung bis zum nächsten 1.Tag der Blutung? _____ Tage

Verhütung

Verhüten Sie? Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wie verhüten Sie?	
Kondome? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Spirale? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche? _____ (Kupfer/ Hormon)	
Pille? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche? _____	
Sonstige Verhütung? Welche? _____	

Bitte listen Sie ihre gynäkologischen Operativen Eingriffe auf

Jahr	Art des Eingriffs

Leiden Familienangehörige an Brust-, Darm- oder Eierstockkrebs?

Art der Erkrankung	Welche(r) Familienangehörige(n)
Brustkrebs	
Darmkrebs	
Eierstockkrebs	

Chronische Erkrankungen und entsprechende Medikation

Erkrankungen	Entsprechende Medikamente (Name + mg)

Sonstiges

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammografie durchgeführt? Wann zuletzt? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , wann? _____ Welcher Radiologe? _____
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , wann? _____ (Jahr)
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , wann? _____ (Jahr) Wo? _____
Wer ist Ihr Hausarzt? _____
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Nein <input type="checkbox"/> / Ja <input type="checkbox"/> , welche? _____
Haben Sie Varikosen (Krampfadern)? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Traten in Ihrer Familie schonmal Thrombosen auf?