

Anamnese (freiwillige Angaben)

Name / Vorname: _____ geb.Datum _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Handy: _____ E-mail: _____

Recallerinnerung: ja per E-Mail 0 per SMS 0 nein 0

Krankenkasse: _____ Größe _____ Gewicht _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

Hausarzt: ja 0 nein 0 wer? _____

Unverträglichkeiten/Allergien: _____

Medikamente: _____

Raucher ja 0 nein 0 wenn ja wieviel: _____

Erste Regel ____ Dauer der Blutung ____ Zyklus regelmäßig 0 unregelmäßig 0

Verhütung z.Zeit: _____ wenn ja, seit wann? _____

Letzte Regel _____ **Hormone:** _____

HPV (Humane Papillomaviren) Impfung: ja komplett 0 ja unvollständig 0 nein 0

Schwangerschaften/Fehlgeburt/Abbrüche ja 0 nein 0 wieviel: _____

Besonderheiten (Spontan/Kaiserschnitt/Saugglocke/Zange)

Wann? w 0 m 0 _____
Wann? w 0 m 0 _____
Wann? w 0 m 0 _____
Wann? w 0 m 0 _____

Gynokologische OP's ja 0 nein 0

Wann? Was? Wo?

Wann? Was? Wo?

Sonstige Erkrankungen _____

Letzte Mammographie ja 0 nein 0

Wann? Wo?

Erkrankungen in der Familie

Krebs ja 0 nein 0 wer? _____ welcher? _____
Diabetes ja 0 nein 0 wer? _____
Herzinfarkt ja 0 nein 0 wer? _____
Hoher Blutdruck ja 0 nein 0 wer? _____
Thrombose ja 0 nein 0 wer? _____
Embolie ja 0 nein 0 wer? _____
Schlaganfall ja 0 nein 0 wer? _____
TBC ja 0 nein 0 wer? _____

Datum _____ Unterschrift _____