



## Aufnahmebogen

### Patient

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	
Straße	PLZ, Ort	
_____	_____	
Telefont	E-Mail	
_____	_____	_____
Gewicht	Größe	Beruf
_____	_____	_____
Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung	Letzte Mammographie	Letzte Darmspiegelung

### Anamnese

Haben Sie eine vollständige Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs (HPV-Impfung) erhalten?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung?

\_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Regelblutung?

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus?  Ja  Nein

Haben Sie starke Schmerzen bei der Regelblutung?  Ja  Nein

Haben Sie starke Schmerzen vor der Regelblutung?  Ja  Nein

#### Wie verhüten Sie?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kondom                 | <input type="checkbox"/> Pille – Welche: _____ | <input type="checkbox"/> Verhütungsring |
| <input type="checkbox"/> Zyklusmonitoring (NFP) | <input type="checkbox"/> Kupfer-Spirale        | <input type="checkbox"/> Hormonspirale  |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation          | <input type="checkbox"/> Andere: _____         | <input type="checkbox"/> gar nicht      |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal im Bauchraum und/oder an der Brust operiert?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Bitte wenden →

**Haben Sie behandlungsbedürftige Erkrankungen?** Ja Nein

Wenn ja, welche?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?** Ja Nein

Wenn ja, welche?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kinder?** Ja Nein

Wenn ja, wann, mit welchem Gewicht und wie geboren?

1. \_\_\_\_\_

 Mädchen Junge

2. \_\_\_\_\_

 Mädchen Junge

3. \_\_\_\_\_

 Mädchen Junge**Gab es Fehlgeburten?** Ja Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Gab es Eileiterschwangerschaften?** Ja Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Gab es Schwangerschaftsabbrüche?** Ja Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Gab es Totgeburten?** Ja Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Wurde bei Familienmitgliedern Brust-, Eierstocks  
oder Darmkrebs diagnostiziert?** Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Wurde bei Familienmitgliedern eine Thrombose,  
Herzinfarkt oder Schlaganfall diagnostiziert?** Ja Nein

Wenn ja, bei wem?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Gibt es andere gehäuft auftretende Erkrankungen in Ihrer Familie?** Ja Nein

Wenn ja, welche?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** Ja Nein

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift