

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