

ANAMNESE-FRAGEBOGEN (GYN)

Bitte ausfüllen, Zutreffendes unterstreichen.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Ihr Hausarzt, Name der Praxis _____

Ihr bisheriger Frauenarzt, wann zuletzt dort _____

FRAGEN ZUR FAMILIE

Gibt es in Ihrer Familie: Brustkrebs, Unterleibskrebs, Darmkrebs, anderen Krebs?

Leiden Ihre Eltern oder Geschwister an: Diabetes, Bluthochdruck, Herzkrankheiten,
Thrombose, Schlaganfall?

EIGENE VORGESCHICHTE

Hatten Sie schon gynäkologische Operationen? Welche? Wann?

Andere Operationen?

Hatten Sie schon Geburten, Aborte oder Abbrüche?

Geburtsdatum, Geburtsart (normal / Kaiserschnitt), Geburtsort

Komplikationen?

Haben / Hatten Sie Probleme mit der Menstruation? Welche? Datum der letzten Mens?

Verhüten Sie? Mit welcher Methode?

Haben/hatten Sie Brustprobleme? Letzte Mammografie?

Welche anderen Krankheiten haben/hatten Sie?

Allergien und Unverträglichkeiten?

Ihre Medikamentenliste: Haben Sie sie dabei?

(Name + Dosierung notieren)

Wann war bei Ihnen der letzte Check-Up?

...die letzte Krebsvorsorge/PAP -Abstrich?

ZUSÄTZLICHE ANGABEN ZU LIFE-STYLE UND SOZIALES

Leben Sie allein, mit Partner, in Familie?

Welche Arbeit machen Sie? Teilzeit oder Vollzeit?

Rauchen Sie? Wieviel Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie Alkohol? Wenig oder regelmässig?

Machen Sie Bewegung und Sport?

HABEN SIE AKTUELLE BESCHWERDEN - WAS IST DER GRUND DES BESUCHES?

(Bitte mit der Ärztin besprechen)

BESTEN DANK FÜR IHRE INFORMATIONEN, DIE WIR VERTRAULICH BEHANDELN.

Unterschrift