



Anamnesebogen

Name: _____ geb: _____
Straße: _____ Krankenkasse: _____
Ort: _____ Tel.Nr. _____
E-Mail: _____

Geburten

Anzahl Ihrer Schwangerschaften: _____
Anzahl Ihrer Geburten: _____ normale: _____ Kaiserschnitte: _____
Geburtsjahre Ihrer Kinder (m/w): _____
Anzahl Ihrer Fehlgeburten: _____ Schwangerschaftsabbrüche: _____

Hatten Sie schon Operationen am Unterleib oder der Brust? Welche?

Andere Operationen (z.B.Magen, Darm, Herz):

Haben Sie (chronische) Erkrankungen? Welche?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Gibt es **Brustkrebs** in der Familie? **Nein** **Ja**

Falls ja, wer ist betroffen? _____



Leiden Sie unter **Krampfadern, Venenentzündungen** oder **Thrombosen**?

Nein **Ja:** _____

Gibt es **Gerinnungsstörungen** oder **Thrombosen** in Ihrer Familie?

Nein **Ja:** _____

Haben Sie **Allergien**?

Nein **Ja:** _____

Rauchen Sie?

Nein **Ja, wieviele Zigaretten täglich:** _____

Ist Ihr **Impfstatus** aktuell?

Nein **Ja**

Ist bei Ihnen eine **HPV-Impfung** (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs-Viren) durchgeführt worden?

Nein **Ja**

Bitte nennen Sie uns Ihre **Größe** und **Gewicht:** _____

Wann war die letzte **Mammographie**? _____

Wann war die letzte **Darmspiegelung**? _____

Wenden Sie aktuell eine **Verhütungsmethode** an? Welche?

(z.B. Antibabypille, Nuva-Ring, Spirale) _____

Wann war der letzte **Frauenarztbesuch**? _____

Möchten Sie eine jährliche Erinnerung zur Krebsvorsorge bekommen (**Recall-System**)?

(nicht für Patientinnen der Dysplasiesprechstunde)

Nein **Ja**

Einwilligung der Patientinnen

Ich bin über die EU-Datenschutz-Grundverordnung aufgeklärt, habe dazu keine Fragen. Ich willige ein, dass alle bekannten personenbezogenen Daten ausschließlich zur ärztlichen Behandlung (z.B. Befundbriefe, Telefonate mit ärztlichen Kollegen), Abrechnung (z.B. Anfragen der Krankenkasse, private Rechnungen) oder Terminplanung verwendet werden dürfen. 10 Jahre nach der letzten ärztlichen Behandlung werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.

Datum

 _____
Unterschrift