



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?

☐ Kondom

☐ Pille – Welche: _____

☐ Verhütungsring

☐ Zyklusmonitoring (NFP)

☐ Kupfer-Spirale

☐ Hormonspirale

☐ Sterilisation

☐ Andere: _____

☐ 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