



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____

Telefon-Mobil: _____ Festnetz: _____

E-Mail: _____

Vorerkrankungen (Diabetes, Blutdruckerhöhung, Schilddrüsenerkrankungen, Krebsleiden...)

Medikamente die Sie täglich einnehmen:

Rauchen Sie: ☐ Nein ☐ Ja, wieviel pro Tag: _____

Operationen:

Allergien:

Krebserkrankungen in der Familie (Wer und Welche Erkrankung?)

gynäkologische Vorgeschichte:

Wann haben Sie Ihre erste Menstruation bekommen?: _____

Zyklus: ☐ regelmäßig alle 28 Tage ☐ unregelmäßig, wie lang? _____

1. Tag der letzten Menstruation: _____

Verhütungsmethode (Pille, Kondom,...) _____

Anzahl der Schwangerschaften: _____

Geburtsmodus: ☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke/Zange

Fehlgeburten: ____ Abbrüche: ____

HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebsimpfung): ☐ Ja ☐ Nein

Möchten Sie an Ihre nächste Krebsvorsorge von uns erinnert werden? ☐ Ja ☐ Nein

Ort / Datum

Unterschrift