



## **Anamnese**

Name:

Geburtsdatum:

1. Schwangerschaft (Anzahl/Besonderheiten):
2. Entbindungen (Anzahl/Besonderheiten):
3. gynäkologische Operationen:
4. familiäre Vorbelastung/ Thrombosen /Karzinome:
5. HPV Impfungen (Geburtsjahr ab 1990):
6. Röteln/Windpocken/Diphtherie-Keuchhusten-Tetanus Impfungen:
7. Allergien:
8. Stuhltest (Jahr):
9. Koloskopie (Darmspiegelung):
10. Mammographie (Jahr):
11. Letzte Krebsvorsorge (Zytologischer Abstrich):
12. Letzte Periode:
13. Verhütung:
14. Beschwerden:
15. Medikamente: