



## 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: