

Anamnesebogen - russisch AnИстория болезни (русский)



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Фамилия: | Имя при рождении: | Этикетка пациента |
| Имя: | Дата рождения: | |
| Адрес: | | Печать праксиса |
| Тел.: | Электронная почта: | |
| Профессия: | Национальность: | |
| Гинеколог: | | |
| Рост: см | Вес: кг | |
| Первая менструация: | Последняя менструация : | Менструальный интервал & - продолжительность: |
| Беременности: (с выкидышами и абортами) | Рождений: | Особенности родов: |
| Менопауза с: | | Последняя маммография: |
| Последний гинекологический осмотр: | | Последний мазок рака (Пап): |
| Вакцинация против: да нет, если да: (Церварикс / Гардасил) Когда, как часто: HPV | | |
| Существовавшие ранее гинекологические заболевания и операции: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Негинекологические заболевания: (например диабет, высокое кровяное давление, заболевание щитовидной железы, сердечно-сосудистые заболевания, заболевание печени, нарушения кровообращения, заболевание почек, варикозное расширение вен, рак, ...) | | |
| Какие операции вам делали? | | |
| Семейные болезни: | | |
| Аллергия: (лекарства, антибиотики, местная анестезия, йод, латекс, соя) | | |
| Сигареты: Количество / день | Алкоголь: | |
| Инфекционные заболевания (гепатит, ВИЧ, туберкулез): | | |
| Противозачаточное средство: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет (напр. презерватив, ВМС) | Вы в принципе хотите детей? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет | |
| Вы подозреваете беременность: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет | Заместительная гормональная терапия: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет | |
| Вы регулярно принимаете лекарства? | | |
| Есть ли известная непереносимость лекарств? | | |
| _____ | | _____ |
| Место и дата | | Подпись пациента |

Этот документ хранится в цифровой форме в карточке пациента.