



Информация о Вашем здоровье

Дорогие пациентки,

Добро пожаловать в наш врачебный кабинет. Пожалуйста, ознакомьтесь с вопросами, приведенными ниже, и ответьте на них как можно точнее. Эта информация важна для более точной оценки Вашего здоровья. Все данные, указанные здесь, подчиняются закону о неразглашении врачебной информации. Пожалуйста, в качестве согласия и подтверждения указанных данных, поставьте Вашу подпись и сегодняшнюю дату в конце немецкого оригинала документа.

--	--	--

Фамилия, Имя

Дата рождения

Электронная почта

--

Контактный телефон

--

Домашний врач

--

Профессия

Дата последней менструации: Рост в см: Вес в кг:

Длительность менструального цикла в днях:

Менструация: сильная обычная слабая болезненная нерегулярная

Возраст начала менструального цикла:

Планируете ли Вы беременность: да нет в будущем

Беременности:	Год	Естеств. роды:	да	нет	Кесарево	Щипцы/Вакуум
1.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Сопровождались ли беременность или роды осложнениями?

Если да, когда и какими?

Количество : Выкидышей? Внематочных беременности? Абортов?

Гинекологические операции? да нет

Если да, когда и какие?

Другие перенесенные операции? да нет

Если да, когда и какие?

Имеются ли аллерг. реакции или непереносимость лекарств? да нет

Если да, какие?

Есть ли прививка от Папилломы (прививка от рака шейки матки)? да нет

Когда был последний осмотр у гинеколога / профилактика рака

Когда было последние УЗИ нижней части живота?

Когда была последняя маммография/УЗИ груди?

Была ли когда-то выполнена колоноскопия да нет Если да, когда

Как Вы предохраняетесь от нежелательной беременности?

<input type="radio"/> Не использую	<input type="radio"/> Таблетки (.....)	<input type="radio"/> Гормональные палочки	<input type="radio"/> Презервативы
<input type="radio"/> Спираль	<input type="radio"/> Медная спираль	<input type="radio"/> Расчет по датам	<input type="radio"/> Против. кольцо
<input type="radio"/> Укол на 3 Месяца	<input type="radio"/> Пластырь	<input type="radio"/> Стерилизация	<input type="radio"/> Другое

Пожалуйста, заполните обратную сторону

Принимаете ли Вы регулярно лекарства? да нет

Если да, какие?

Название лекарства	утро	день	вечер	ночь	По необходимости

Принимаете ли вы гормоны? да нет

Если да, какие и как долго?

Имеются ли хронические заболевания?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Нарушение сверт. крови | <input type="radio"/> Сердечный приступ | <input type="radio"/> Повышенное арт. давление |
| <input type="radio"/> Диабет | <input type="radio"/> Гормональные нарушения | <input type="radio"/> Артроз |
| <input type="radio"/> ВИЧ | <input type="radio"/> Астма/восп. легких | <input type="radio"/> Тромбоз/тромбоэмболия лег. арт. |
| <input type="radio"/> Варикоз | <input type="radio"/> Заболевания печени | <input type="radio"/> Эпилепсия/судороги |
| <input type="radio"/> Заболевания щит. железы | <input type="radio"/> Недержание мочи | <input type="radio"/> Климакс |
| <input type="radio"/> Кровоизлияние в мозг | <input type="radio"/> Головные боли | <input type="radio"/> Заболевания почек |
| <input type="radio"/> Остеопороз | <input type="radio"/> Сильные кровотечения | <input type="radio"/> Гепатит |
| <input type="radio"/> Депрессия/Пан. Атаки | <input type="radio"/> Раздражение кишечника | <input type="radio"/> Злокачественная опухоль |

Другие:

.....
.....

Курите ли Вы? да Сигарет в день нет
Употребляете Алкоголь? часто умеренно нет

Есть ли у членов Вашей семьи онкологические заболевания (рак груди или рак яичников), тромбоз, заболевания легких или другие хронические заболевания

да нет

Если да, какие и в какой степени родства?

.....

Согласие на сбор, обработку и сохранение персональных данных

Своей подписью я разрешаю сбор, обработку и сохранение личных данных для консультации, обследований, лечения, выставления счетов, передачу внутри врачебного кабинета и составления графика посещений. Я уведомлена, что в любой момент могу отозвать свое разрешение в письменном виде (согласно пункту закона Art. 7 Abs 3 DSGVO)

Своей подписью я подтверждаю достоверность данных. Информация указана в полном объеме.

.....
Дата, Подпись