

Это перевод документа, а не его оригинал . Пожалуйста, заполните оригинал данной бумаги на **немецком** (или **английском**) языке. Спасибо!

**Анкета истории болезни, Врач-гинеколог Mohrmann,
Eickhoffer Str. 4a 33142 Büren**

Фамилия, Имя: _____ Семейное положение: _____

Номер телефона: _____ Номер мобильного: _____

Профессия: _____ Рост/Вес: _____

Терапевт: _____

У нас есть несколько вопросов к Вашей истории болезни. Подробные ответы способствуют более качественному лечению.

Отметьте подходящее:

Перенесенные заболевания:

Болеете ли Вы одним из последующих заболеваний?

<input type="checkbox"/> Повышенное давление (гипертония)	<input type="checkbox"/> Тромбоз	<input type="checkbox"/> Эмболия	<input type="checkbox"/> Мигрени
<input type="checkbox"/> Инсульт	<input type="checkbox"/> Диабет	<input type="checkbox"/> Инфаркт	<input type="checkbox"/> Недержание мочи
<input type="checkbox"/> Рак груди	<input type="checkbox"/> Другие онкологические заболевания		<input type="checkbox"/> Эпилепсия

другие заболевания: _____

Менструальный цикл:

Первый день последней менструации: _____ Регулярный цикл: да нет

Кровотечения: обильные нормальные слабые очень болезненные
Кровотечения длятся _____ дней. Цикл длится _____ дней.

Первая менструация началась в возрасте _____ лет.

Дополнительно: Менопауза началась в возрасте _____ лет.

Роды:

Год рождения ребенка	Пол ребенка	Естественные роды	Кесарево сечение	Роды с помощью акушерских щипцов и вакуум-экстрактора

Были ли у Вас: Выкидыши Аборты Внематочная беременность

Это перевод документа, а не его оригинал . Пожалуйста, заполните оригинал данной бумаги на **немецком** (или **английском**) языке. Спасибо!

Были ли у вас **операции**?

Год проведения операции	Что за операция

Есть ли у Вас **аллергии**? нет да

Да, у меня аллергия на: _____

Принимаете ли вы регулярно **лекарства**? нет да

Если да, то какие: _____

Вы **курите**? нет да если да, то сколько? _____ иногда

Вакцинация от ВПЧ:

Привиты ли вы от вируса ВПЧ (является возбудителем рака шейки матки)?

Да, полностью

Нет

Да, но не полностью

Я не знаю

История болезни семьи:

Пожалуйста, сообщите нам о тяжелых заболеваниях Ваших близких (родителей, братьев и сестёр или Ваших детей), например, тромбоз, эмболия, онкологические заболевания, инфаркт и так далее:

Передача и использование Ваших личных данных:

Я даю согласие на передачу моих личных данных в электронном виде либо по почте следующим организациям/лицам:

1. лаборатории *amedes Medizinische Dienstleistungs GmbH*, Гамбург и лаборатории *diamedes* в Билефельде, Зеннштадт
2. MVZ лаборатории цитопатологий доктора Штайнберга (Dr. Steinberg) в городе Зост
3. моему терапевту
4. в случае направления или госпитализации: лечащему врачу, MVZ или больнице, занимающейся моим лечением
5. в случае беременности лечащей акушерке
6. для лиц с государственной медицинской страховкой: Объединению врачей больничных касс региона Вестфалия-Липпе
7. в центр ранней диагностики рака в Берлине (**I**nstitut für **Q**ualitätssicherung und **T**ransparenz im **G**esundheitswesen – IQTIG).

Дата

Подпись