

Liebe Patientin!

Уважаемый пациент!

Helpen Sie uns bei der Arbeit. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen.

Пожалуйста, помогите нам в нашей работе. Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы.

Nachname Фамилия: _____

Vorname Создание: _____

Wie lautet Ihre aktuelle Telefonnummer?

Каков ваш текущий номер телефона?

Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung?

Какова ваша должность? _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Кто является вашим семейным врачом?

Allgemeinanamnese:

Общая история болезни:

Alter Возраст: Jahre лет _____

Größe und Gewicht Рост и вес:

см _____ кг _____

Haben Sie Kinder? Есть ли у вас дети?

Да Нет

Wieviele Kinder? Сколько детей?

Sind **Fehlgeburten** aufgetreten? Были ли у вас выкидыши?

Да Нет

Anzahl Номер _____

Hatten Sie **Schwangerschaftsabbrüche**? Делали ли вы аборт?

Да Нет

Anzahl Номер _____

Sind Sie zurzeit **schwanger**? Беременны ли вы в настоящее время?

Да Нет Weiß nicht Не знаю

Wurden bei Ihnen **gynäkologische Operationen** durchgeführt?

Были ли у вас гинекологические операции?

Да Нет

Wann war der erste Tag Ihrer **letzten Periode**?

Когда был первый день вашей последней менструации?

Wie ist Ihre **Blutungsstärke**? Насколько сильное у вас кровотечение?

Schwach Легкий Mittel Средний Schwer Тяжелый

Haben Sie **unregelmäßige Periodenblutungen**? У вас нерегулярные месячные?

Да Нет

Hatten Sie einen **auffälligen Vorsorgeabstrich**?

Были ли у вас аномальные результаты анализа мазка?

Да Нет

Leiden Sie unter **Allergien**? Страдаете ли вы от аллергии?

Да Нет

Wenn Ja, Welche? Если да, то какие?

Wie haben Sie **bisher verhütet**? Как вы использовали контрацептивы до сих пор?

Pille Таблетки Spirale ВМС Kondom Презерватив

Andere (Другое) : _____

Wie lange verhüten Sie mit dieser Methode?

Как давно вы используете этот метод контрацепции?

Sind Sie mit Ihrer bisherigen Verhütungsmethode zufrieden?

Удовлетворены ли вы своим нынешним методом контрацепции?

довольны?

Да Нет

Sexualanamnese:

Сексуальная история:

Haben Sie ein erhöhtes Risiko für **sexuell übertragbare Erkrankungen/Infektionen**?

Есть ли у вас повышенный риск заражения болезнями, передающимися половым путем заболевания/инфекции, передающиеся половым путем?

Да Нет

Hat Ihr Partner ein erhöhtes Risiko für **sexuell übertragbare Erkrankungen/Infektionen**?

Есть ли у вашего партнера повышенный риск заболевания/инфекции, передающиеся половым путем?

Да Нет

Neigen Sie zu **Scheideninfektionen** (Brennen, Jucken, Ausfluss)?

Склонны ли вы к вагинальным инфекциям (жжение, зуд, выделения)?

Да Нет

Neigen Sie zu **entzündlichen Genitalerkrankungen**?

Склонны ли вы к воспалительным заболеваниям половых органов?

Да Нет

Haben Sie **Schmerzen beim Geschlechtsverkehr**?

Испытываете ли вы боль во время полового акта?

Да Нет

Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder entsprechende Risiken?

Есть ли у вас или были ли у вас какие-либо сердечно-сосудистые заболевания или связанные с ними риски?

Да Нет

Haben oder hatten Sie hohen **Blutdruck**?

Есть ли у вас или было ли у вас высокое кровяное давление?

Да Нет

Rauchen Sie? Вы курите?

Да Нет

Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? Если да, то сколько сигарет в день?

Hatten Sie einen **Herzinfarkt**? У вас был сердечный приступ?

Да Нет

Hatten Sie einen **Schlaganfall**? У вас был инсульт?

Да Нет

Leiden Sie unter **Migräne** oder regelmäßigen Kopfschmerzen?

Страдаете ли вы от мигрени или регулярных головных болей?

Головные боли?

Да Нет

Haben Sie einen **Herzfehler**? Есть ли у вас порок сердца?

Да Нет

Hatten Sie und/oder Ihre Geschwister **Herz-/Kreislauf-Erkrankungen**?

Были ли у вас и/или ваших братьев и сестер сердечно-сосудистые заболевания сердечно-сосудистые заболевания?

Да Нет

Hatten Ihre Eltern im Alter unter 45 Jahren **Herz-/Kreislauf-Erkrankungen**?

Были ли у ваших родителей в возрасте до 45 лет сердечно-сосудистые заболевания?

Да Нет

Ist eine **Gerinnungsstörung** bekannt?

Известно ли о нарушении свертываемости крови?

Да Нет

Krebserkrankungen

Онкологические заболевания

Hatten Sie **Brustkrebs** oder **Eierstockkrebs**? Был ли у вас рак груди или рак яичников?

Да Нет

Kommt in Ihrer Familie **Brustkrebs** oder **Eierstockkrebs** vor?

Есть ли в вашей семье случаи рака молочной железы или рака яичников? в вашей семье?

Да Нет

Wenn ja, bei wem? Если да, то с кем?

Mutter Мать Großmutter Бабушка Tante Тетя

Andere Другое _____

Besteht ein **Lebertumor** (gut- und/oder bösartig)?

Есть ли у вас опухоль печени (доброкачественная и/или злокачественная)?

Да Нет

Stoffwechselerkrankungen **Метаболические заболевания**

Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?

Страдаете ли вы от заболевания щитовидной железы?

Да Нет

Leiden Sie an einer Blutzuckererkrankung
(Diabetes mellitus)?

Страдаете ли вы от заболевания сахара в крови

(сахарный диабет)?

Да Нет

Kommt in Ihrer Familie eine Blutzuckererkrankung
(Diabetes mellitus) vor?

Есть ли у вас в семейном анамнезе сахарный диабет?

(сахарный диабет) в вашей семье?

Да Нет

Haben Sie eine Fettstoffwechselerkrankung
verbunden mit erhöhten Blutfettwerten?

Есть ли у вас липометаболические заболевания

связанные с повышенным уровнем липидов в крови?

Да Нет

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der Leber und/oder der Galle (z.B. Leberzirrhose, Gelbsucht, Hepatitis)?

Страдаете ли вы или страдали ли вы от какого-либо заболевания, связанного с печени и/или желчного пузыря (например, цирроз печени, желтуха, гепатит)?

Да Нет

Leiden Sie unter einer entzündlichen Darmerkrankung (z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa)

Страдаете ли вы воспалительным заболеванием кишечника (например, болезнью Крона)? (например, болезнь Крона или язвенный колит)?

Да Нет

Leiden Sie unter Nierenerkrankungen? Страдаете ли вы от болезни почек?

Да Нет

Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?

Как бы вы оценили свое общее состояние здоровья?

общее состояние здоровья?

Gut Хорошо durchschnittlich Средне eher schlecht Достаточно плохо

Weitere Erkrankungen:

Другие заболевания:

Nehmen Sie **Medikamente** ein und wenn ja, welche:

Принимаете ли вы какие-либо лекарства, и если да, то какие:

Geseke, den Дата _____ Unterschrift Подпись: _____