

**Liebe Patientin!**

Sevgili hastamız!

**Helfen Sie uns bei der Arbeit. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen.**

Lütfen çalışmalarımızda bize yardımcı olun. Lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Soyadı (Nachname): \_\_\_\_\_

Adı (Vorname): \_\_\_\_\_

Şu anki telefon numaranız nedir? (Wie lautet Ihre aktuelle Telefonnummer?)

İş unvanınız nedir?( Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung?)

Aile doktorunuz kim? (Wer ist Ihr Hausarzt?)

Genel tıbbi geçmiş (Allgemeinanamnese):

**Yaş (Alter): yıl (Jahre)** \_\_\_\_\_

**Boy ve ağırlık (Größe und Gewicht):** cm \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_

Çocuğunuz var mı? (Haben Sie **Kinder**?) Evet (Ja)  Hayır (Nein)

Hiç düşük yaptınız mı? (Sind **Fehlgeburten** aufgetreten?)

Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Bilgi yok (Keine Angabe)

Numara (Anzahl) \_\_\_\_\_

Hiç kürtaj yaptırdınız mı? (Hatten Sie **Schwangerschaftsabbrüche**?) Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Bilgi yok (Keine Angabe)

Numara (Anzahl) \_\_\_\_\_

Şu anda hamile misiniz? (Sind Sie zurzeit **schwanger**?)

Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Bilgi yok (Keine Angabe)

Numara (Anzahl) \_\_\_\_\_

Herhangi bir jinekolojik hastalık geçirdiniz mi? (Hatten Sie irgendwelche gynäkologischen Erkrankungen?)

Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Herhangi bir jinekolojik operasyon geçirdiniz mi? (Wurden bei Ihnen **gynäkologische Operationen** durchgeführt?)

Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Son adetinizin ilk günü ne zamandı? (Wann war der erste Tag Ihrer **letzten Periode**?)

Kanamanız ne kadar ağır? (Wie ist Ihre **Blutungsstärke**?)

Hafif (Leicht)

Orta (Mittel)

Ağır (Schwer)

Adet düzensizliğiniz var mı? (Haben Sie **unregelmäßige Periodenblutungen**?) Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Bilgi yok (Keine Angabe)

Anormal bir smear testi yaptırdınız mı? (Hatten Sie einen **auffälligen Vorsorgeabstrich**?)

Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Bilgi yok (Keine Angabe)

Alerjiniz mi var? (Leiden Sie unter **Allergien**?)

Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Bilgi yok (Keine Angabe)

Cevabınız evet ise, hangileri? (Wenn ja, welche?)

Şimdiye kadar doğum kontrol yöntemlerini nasıl kullandınız? (Wie haben Sie **bisher verhütet**?)

Bu doğum kontrol yöntemini ne kadar süredir kullanıyorsunuz? (Wie lange verhüten Sie mit dieser Methode?) \_\_\_\_\_

Mevcut doğum kontrol yönteminizden memnun musunuz? (Sind Sie mit Ihrer bisherigen Verhütungsmethode) zufrieden?

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)

Cinsel geçmiş (Sexuelanamnese):

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı yüksek risk altında mısınız? (Haben Sie ein erhöhtes Risiko für **sexuell übertragbare Erkrankungen/Infektionen**?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Partnerinizde yüksek risk var mı? (Hat Ihr Partner ein erhöhtes Risiko für **sexuell übertragbare Erkrankungen/Infektionen**?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Vajinal enfeksiyonlara (yanma) yatkın mısınız? (Neigen Sie zu **Scheideninfektionen** (Brennen, Jucken, Ausfluss) ?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

İltihaplı genital hastalıklara yatkınlığınız var mı? (Neigen Sie zu **entzündlichen Genitalerkrankungen**?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu? (Haben Sie **Schmerzen beim Geschlechtsverkehr**?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Herhangi bir kardiyovasküler hastalığınız veya ilgili riskiniz var mı veya oldu mu? (Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder entsprechende Risiken?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)

Yüksek tansiyonunuz var mı veya daha önce oldu mu? (Haben oder hatten Sie hohen **Blutdruck**?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Sigara içiyor musun? (Rauchen Sie?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Cevabınız evet ise, günde kaç sigara içiyorsunuz? (Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?)

Kalp krizi mi geçirdin? (Hatten Sie einen **Herzinfarkt**?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Felç mi geçirdin? (Hatten Sie einen **Schlaganfall**?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Migren veya düzenli baş ağrısı çekiyor musunuz? (Leiden Sie unter **Migräne** oder regelmäßigen Kopfschmerzen?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Kalp rahatsızlığınız var mı? (Haben Sie einen **Herzfehler**?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Siz ve/veya kardeşleriniz herhangi bir kardiyovasküler hastalık geçirdiniz mi? (Hatten Sie und/oder Ihre Geschwister **Herz-/ Kreislauf-Erkrankungen**?)

Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Bilgi yok (Keine Angabe)

Ebeveynleriniz kardiyovasküler hastalık geçirdiklerinde 45 yaşın altında mıydı?

Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Bilgi yok (Keine Angabe)

Bir pıhtılaşma bozukluğu biliniyor mu? (Ist eine **Gerinnungsstörung** bekannt?)

Evet (Ja)

Hayır (Nein)

Bilgi yok (Keine Angabe)

## Kanser (Krebserkrankungen)

Meme kanseri veya yumurtalık kanseri geçirdiniz mi? (Hatten Sie **Brustkrebs** oder **Eierstockskrebs**?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Ailenizde meme kanseri veya yumurtalık kanseri var mı? (Kommt in Ihrer Familie **Brustkrebs** oder **Eierstockskrebs** vor?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Cevabınız evet ise, kiminle? (Wenn ja, bei wem?)

Karaciğer tümörünüz (iyi huylu ve/veya kötü huylu) var mı? (Besteht ein **Lebertumor** (gut- und/oder bösartig)?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

## Metabolik hastalıklar (Stoffwechselerkrankungen)

Tiroid hastalığınız var mı? (Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Kan şekeri hastalığınız mı var?

(diabetes mellitus)? (Leiden Sie an einer Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus)?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Ailenizde şeker hastalığı öyküsü var mı? (Kommt in Ihrer Familie eine Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus) vor?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Lipometabolik bir hastalığınız var mı?

yüksek kan lipit seviyeleri ile ilişkili midir? (Haben Sie eine Fettstoffwechselerkrankung verbunden mit erhöhten Blutfettwerten?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Herhangi bir hastalıktan muzdarip misiniz veya muzdarip oldunuz mu (karaciğer ve/veya safra kesesi örn. karaciğer sirozu, sarılık, hepatit)? (Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der Leber und/oder der Galle (z.B. Leberzirrhose, Gelbsucht, Hepatits)?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

İltihaplı bağırsak hastalığınız (örn. Crohn hastalığı) var mı? (Leiden Sie unter einer entzündlichen Darmerkrankung (z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa)?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Böbrek hastalığınız var mı? (Leiden Sie unter Nierenerkrankungen?)

Evet (Ja)   
Hayır (Nein)   
Bilgi yok (Keine Angabe)

Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? (Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?) İyi (Gut)  Orta (Durchschnittlich)  Oldukça zayıf (Eher schlecht)   
Diğer hastalıklar (Weitere Erkrankungen):

---

---

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz, kullanıyorsanız hangisi? (Nehmen Sie **Medikamente** ein und wenn ja, welche):

---

Geseke, den \_\_\_\_\_ İmza (Unterschrift): \_\_\_\_\_