

Liebe Patientin!

Шановний пацієнт!

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

Будь ласка, допоможіть нам у нашій роботі. Просимо Вас відповісти на наступні запитання.

Прізвище (Nachname): _____

Ім'я (Vorname): _____

Який Ваш поточний номер телефону? (Wie lautet Ihre aktuelle Telefonnummer?)

Яка Ваша посада? (Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung?)

Хто Ваш сімейний лікар? (Wer ist Ihr Hausarzt?)

Загальний анамнез захворювання (Allgemeinanamnese):

Вік (Alter): років (Jahre) _____

Зріст і вага (Größe und Gewicht): СМ _____ кг _____

Чи є у Вас діти? (Haben Sie **Kinder**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи були викидні? (Sind **Fehlgeburten** aufgetreten?) Так (Ja) Ні (Nein)

Номер (Anzahl) _____

Чи робили Ви аборти? (Hatten Sie **Schwangerschaftsabbrüche**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Номер (Anzahl) _____

Ви зараз вагітні? (Sind Sie zurzeit **schwanger**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи були у вас гінекологічні операції? (Wurden bei Ihnen **gynäkologische**

Operationen durchgeführt?) Так (Ja) Ні (Nein)

Коли був перший день останньої менструації? (Wann war der erste Tag Ihrer **letzten Periode**?)

Наскільки рясні менструації? (Wie ist Ihre **Blutungsstärke**?) Легкий (Leicht)

Середній (Mittel)

Важкий (Schwer)

У вас нерегулярні місячні? (Haben Sie **unregelmäßige Periodenblutungen**?) Так (Ja)

Ні (Nein)

У вас був ненормальний мазок? (Hatten Sie einen **auffälligen Vorsorgeabstrich**?) Так (Ja)

Ні (Nein)

Ви страждаєте від алергії? (Leiden Sie unter **Allergien**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Якщо так, то які саме? (Wenn ja, welche?)

Як Ви використовували засоби контрацепції до цього часу? (Wie haben Sie **bisher verhütet**?)

Як довго Ви використовуєте цей метод контрацепції? (Wie lange verhüten Sie mit dieser Methode?) _____

Чи задоволені Ви Вашим нинішнім методом контрацепції? (Sind Sie mit Ihrer bisherigen Verhütungsmethode zufrieden?) Так (Ja) Ні (Nein)

Сексуальна історія (Sexuelanamnese):

Чи перебуваєте ви в групі підвищеного ризику захворювання, що передається статевим шляхом? (Haben Sie ein erhöhtes Risiko für **sexuell**

übertragbare Erkrankungen/Infektionen?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи має ваш партнер підвищений ризик

захворювання/інфекції, що передаються статевим шляхом? (Hat Ihr Partner ein erhöhtes Risiko für **sexuell übertragbare Erkrankungen/Infektionen**) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи схильні ви до вагінальних інфекцій (печіння, свербіж, виділення)? (Neigen Sie zu **Scheideninfektionen** (Brennen, Jucken, Ausfluss)) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи схильні Ви до запальних захворювань статевих органів? (Neigen Sie zu **entzündlichen Genitalerkrankungen**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи відчуваєте Ви біль під час статевого акту? (Haben Sie **Schmerzen beim Geschlechtsverkehr**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи є у Вас або були у Вас серцево-судинні захворювання або пов'язані з ними ризики?
У Вас є або був підвищений артеріальний тиск? (Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder entsprechende Risiken?)

Haben oder hatten Sie hohen **Blutdruck**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Ви палите? (Rauchen Sie?) Так (Ja) Ні (Nein)

Якщо так, то скільки сигарет на день? (Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?)

У вас був інфаркт? (Hatten Sie einen **Herzinfarkt**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Ви перенесли інсульт? (Hatten Sie einen **Schlaganfall**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Ви страждаєте від мігрені або регулярних головних болів? (Leiden Sie unter **Migräne** oder regelmäßigen Kopfschmerzen?) Так (Ja) Ні (Nein)

У вас є порок серця? (Haben Sie einen **Herzfehler**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи були у Вас та/або Ваших рідних братів і сестер серцево-судинні захворювання? (Hatten Sie und/oder Ihre Geschwister **Herz-/ Kreislauf-Erkrankungen**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи були у Ваших батьків у віці до 45 років серцево-судинні захворювання? (Hatten Ihre Eltern im Alter unter 45 Jahren **Herz-/Kreislauf-Erkrankungen**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи відомо про порушення згортання крові? (Ist eine **Gerinnungsstörung** bekannt?) Так (Ja)

Ні (Nein)

Пухлинні захворювання (Krebserkrankungen)

Чи хворіли ви на рак молочної залози або яєчників? (Hatten Sie **Brustkrebs** oder **Eierstockskrebs**?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи є у вашій родині рак молочної залози або яєчників? (Kommt in Ihrer Familie **Brustkrebs** oder **Eierstockskrebs** vor?) Так (Ja) Ні (Nein)

Якщо так, то з ким? (Wenn ja, bei wem?) _____

Чи є у Вас пухлина печінки (доброякісна та/або злоякісна)? (Besteht ein **Lebertumor** (gut- und/oder bösartig)?) Так (Ja) Ні (Nein)

Інформація відсутня (Stoffwechselerkrankungen)

Ви страждаєте на захворювання щитовидної залози? (Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи страждаєте ви на цукровий діабет

(цукровий діабет)? (Leiden Sie an einer Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus)?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи є у Вас сімейний анамнез цукрового діабету? (Kommt in Ihrer Familie eine Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus) vor?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи є у вас захворювання ліпометаболізму

пов'язані з підвищеним рівнем ліпідів у крові? (Haben Sie eine Fettstoffwechselerkrankung verbunden mit erhöhten Blutfettwerten?) Так (Ja) Ні (Nein)

Ви страждали або страждаєте на захворювання печінки та/або жовчного міхура (наприклад, цироз печінки, жовтяниця, гепатит)? (Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der Leber und/oder der Galle (z.B. Leberzirrhose,

Gelbsucht, Hepatits)?) Так (Ja) Ні (Nein)

Чи страждаєте ви на запальні захворювання кишечника (наприклад, хвороба Крона)? (Leiden Sie unter einer entzündlichen Darmerkrankung

(z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa)?) Так (Ja) Ні (Nein)

Ви страждаєте на захворювання нирок? (Leiden Sie unter Nierenerkrankungen?) Так (Ja)
Ні (Nein)

Як би Ви оцінили свій загальний стан здоров'я? (Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?) Добре (gut) Середньо (mittel) погано (schlecht)

Інші захворювання (Weitere Erkrankungen):

Чи приймаєте Ви якісь ліки і якщо так, то які (Nehmen Sie **Medikamente** ein und wenn ja, welche):

Geseke, den _____ Підпис (Unterschrift): _____