

Kedves páciens! (Liebe Patientin!)

Segítse a munkánkat. Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre! (Helfen Sie uns bei der Arbeit. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen.)

Családnév (Nachname) : _____

Keresztnév(Vorname) : _____

Mi az aktuális telefonszáma? (Wie lautet Ihre Telefonnummer?) _____

Mi a jelenlegi foglalkozása? (Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung?) _____

Ki a háziorvosa? (Wer ist Ihr Hausarzt?) _____

Általános orvosi előtörténet (Allgemeinanamnese):

Kor (Alter): _____ év (Jahre)

Testmagasság és testsúly (Größe und Gewicht): _____ cm _____ kg

Vannak **gyermek**eik? (Haben Sie **Kinder**?) Igen (Ja) Nem (Nein)

Volt **vetélés**e? (Sind **Fehlgeburten** aufgetreten?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Vetélések száma (Anzahl): _____

Volt **terhességmegszakítása**? (Hatten Sie **Schwangerschaftsabbrüche**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Terhességmegszakítások száma (Anzahl): _____

Ön jelenleg **terhes**? (Sind Sie zurzeit **schwanger**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem tudom (Weiß nicht)

Voltak **nőgyógyászati műtétei**? (Wurden bei Ihnen **gynäkologische Operationen** durchgeführt?)

Igen (Ja) Nem (Nein)

Mikor volt az utolsó menstruációjának az **első napja**? (Wann war der erste Tag Ihrer **letzten Periode**?)

Milyen a menstruációs **vérzésének az erőssége**? (Wie ist Ihre **Blutungsstärke**?)

Gyenge (Leicht) Közepes (Mittel) Erős (Schwer)

Szabálytalan a menstruációja? (Haben Sie **unregelmäßige Periodenblutungen**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Volt már **feltűnő** eredménye nőgyógyászati **kenetvétel** során? (Hatten Sie einen **auffälligen Vorsorgeabstrich**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Van **allergiája**? (Leiden Sie unter **Allergien**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Ha igen, melyek? (Wenn ja, welche?)

Milyen terhesség elleni **védekezési** módszert használ? (Wie haben Sie **bisher verhütet**?)

Mióta védekezik ezzel a módszerrel? Wie lange verhüten Sie mit dieser Methode?

Elégedett az aktuális védekezési módszerével? (Sind Sie mit Ihrer bisherigen Verhütungsmethode zufrieden?)

Igen (Ja) Nem (Nein)

Szexuális előtörténet (Sexualanamnese):

Magasabb Önnél a **nemi úton terjedő megbetegedések, fertőzések** kockázata? (Haben Sie ein erhöhtes Risiko für **sexuell übertragbare Erkrankungen/Infektionen**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Magasabb partnerénél a **nemi úton terjedő megbetegedések, fertőzések** kockázata? (Hat Ihr Partner ein erhöhtes Risiko für **sexuell übertragbare Erkrankungen/Infektionen**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Hajlamos **hüvelyi fertőzésekre** (égő érzés, viszketés, folyás)? (Neigen Sie zu **Scheideninfektionen** (Brennen, Jucken, Ausfluss)?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Hajlamos **gyulladásos nemiszervi megbetegedésekre**? (Neigen Sie zu **entzündlichen Genitalerkrankungen**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Vannak **fájdalmi nemi közösülés** során? (Haben Sie **Schmerzen beim Geschlechtsverkehr**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Szív- és érrendszeri betegségek vagy ezzel összefüggő kockázatok (Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder entsprechende Risiken):

Magas jelenleg vagy magas volt a **vényomása**? (Haben oder hatten Sie hohen **Blutdruck**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Dohányzik? (Rauchen Sie?) Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Ha igen, mennyi cigarettát naponta? (Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?) _____

Volt **szívinfarktsa**? (Hatten Sie einen **Herzinfarkt**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Volt **sztrókja**? (Hatten Sie einen **Schlaganfall**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Migrénes-e vagy van-e folyamatos fejfájása? (Leiden Sie unter **Migräne** oder regelmäßigen Kopfschmerzen?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Van **szívfejlődési rendellenessége**? (Haben Sie einen **Herzfehler**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Volt, vagy van-e Önnék és/vagy testvérének **szív- és érrendszeri betegsége**? (Hatten Sie und/oder Ihre Geschwister **Herz-/ Kreislauf-Erkrankungen**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Volt a szüleinek 45 éves koruk előtt **szív- és érrendszeri betegsége**? (Hatten Ihre Eltern im Alter unter 45 Jahren **Herz-/Kreislauf-Erkrankungen**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Van Önnék **véralvadási zavara**? (Ist eine **Gerinnungsstörung** bekannt?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem ismert (Nicht bekannt) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Rákos megbetegedések (Krebserkrankungen):

Volt-e Önnék mell- vagy petefészekrákja? (Hatten Sie **Brustkrebs** oder **Eierstockkrebs**?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Van, vagy volt-e a családjában mell- illetve petefészekrákos megbetegedés? (Kommt in Ihrer Familie **Brustkrebs** oder **Eierstockkrebs** vor?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Ha igen, kinél? (Wenn ja, bei wem?) _____

Van-e **májrákja** (jó- és/vagy rosszindulatú)? (Besteht ein **Lebertumor** (gut- und/oder bösartig)?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Anyagcsere zavár, -megbetegedések (Stoffwechselerkrankungen):

Van pajzsmirigybetegsége? (Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Van cukorbetegsége (Diabetes mellitus)? (Leiden Sie an einer Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus)?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

A családjában előfordult cukorbetegség (diabetes mellitus)? (Kommt in Ihrer Familie eine Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus) vor?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Van-e zsíryanagcserével kapcsolatos betegsége (dyslipidemia) magas vérzsírértékkel egybekötve? (Haben Sie eine Fettstoffwechselerkrankung verbunden mit erhöhten Blutfettwerten?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Volt, vagy van-e májjal vagy epével kapcsolatos betegsége (pl. májzsugorodás, sárgaság, hepatitisz/májgyulladás)? (Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der Leber und/oder der Galle (z.B. Leberzirrhose, Gelbsucht, Hepatits)?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Van-e gyulladásoos bélbetegsége (pl. Morbus Chron, Colitis ulcerosa)? (Leiden Sie unter einer entzündlichen Darmerkrankung (z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa)?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Van-e vesével kapcsolatos betegsége? (Leiden Sie unter Nierenerkrankungen?)

Igen (Ja) Nem (Nein) Nem kíván válaszolni (Keine Angabe)

Milyenek ítéli meg az általános egészségi állapotát? (Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?)

Jó (Gut) Átlagos (Durchschnittlich) Inkább rossz (Eher schlecht)

Egyéb megbetegedések (Weitere Erkrankungen):

Szed-e gyógyszereket, és ha igen melyeket? (Nehmen Sie **Medikamente** ein und wenn ja, welche?):

Geseke, (dátum) den _____ Aláírás (Unterschrift): _____