

Anamnesebogen

Liebe Patientin,

wir bitten Sie freundlichst, sich kurz Zeit zu nehmen, um diesen Anamnesebogen auszufüllen und ihn anschließend zusammen mit den MRT-Aufnahmen an unsere Myom-Sprechstunde weiterzuleiten. Herzlichen Dank!

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel./Handy: _____ Email: _____

Krankenkasse: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Allergien: _____ Rauchen Sie: ja nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Wann war Ihre letzte Periode zum Zeitpunkt der MRT-Untersuchung : _____

Nehmen Sie derzeit und/oder regelmäßig Medikamente (auch Hormone) ein ? nein ja, und zwar

(Name der/s Produkts): _____

Haben Sie eine Grunderkrankung, wie z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Epilepsie oder auch Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa (chron. Entzündliche Darmerkrankungen) etc und wenn ja, welche?

Gab es eine Thrombose in der Vergangenheit ? ja nein

Besteht eine Blutgerinnungsstörung / Erkrankungen des Blutgerinnungssystems ? ja nein

Welche Myomtherapie wurde Ihnen bereits von Ihrem Gynäkologen empfohlen?

Gebärmuttertotalentfernung (inkl. GM-Hals) durch: Bauchspiegelung vaginal Bauchschnitt

Gebärmutterteilentfernung (Halserhaltend) durch: Bauchspiegelung vaginal Bauchschnitt

Gebärmuttererhaltende Myomentfernung durch: Bauchspiegelung vaginal Bauchschnitt

Myomembolisation: MR-gesteuerter fokussierter Ultraschall:

Seit wann haben Sie Probleme mit Gebärmuttermyomen? _____

Haben Sie Narben durch Voroperationen oder eine Tätowierung am Bauch?

nein ja, durch folgende Operation/an folgender Stelle: _____

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Regelbezogene Schmerzen Unspezifische Schmerzen Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

(Manifester) Eisenmangel Druck auf Organe/ Harnblase

Verstärkte Blutungen: ja nein

Wenn ja: Wie viele Tage dauert Ihre Periode: ____ Wie viele Tampons/Binden benötigen Sie ca. pro Tag: ____

Sonstige Beschwerden: _____

Kinderwunsch: ja nein Menopause (Wechseljahre) eingetreten: ja nein

Haben Sie eine Spirale/Hormonspirale? ja nein

Soll ein Bericht an einen bestimmten Arzt gehen? Wenn ja, bitte Name/Adresse angeben:

Datum: _____