

Anamnesebogen

Dr. Matthias Matzko, Radiologie
Telefon: +49 (0) 8131 / 76 392
Fax: +49 (0) 8131 / 61 69 689
info@mrgefus.de

Liebe Patientin,

wir bitten Sie freundlichst, sich kurz Zeit zu nehmen, um diesen Aufnahmebogen gut leserlich auszufüllen und ihn anschließend zusammen mit den MRT-Aufnahmen an unser FUS-Center weiterzuleiten.

Vielen Dank!

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Tel./Handy: _____ Email: _____
Krankenkasse: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Allergien: _____

Rauchen Sie: nein ja

Seit wann haben Sie Probleme mit Gebärmuttermyomen? _____

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): _____

Welche gynäkologische Vorerkrankungen bestanden (wann) /bestehen :

Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV/AIDS)?

nein ja Wenn ja, welche: _____

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 ? nein ja

Besteht eine Blutgerinnungsstörung / Erkrankungen des Blutgerinnungssystems ? nein ja

Wenn ja, welche: _____

Besteht eine Hauterkrankung (z.B. Neurodermitis)? nein ja Wenn ja, welche: _____

Wurde bereits eine Operation im Unterbauch durchgeführt?

nein ja Wenn ja, welche: _____

Haben Sie Narben durch Voroperationen oder eine Tätowierung am Bauch?

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

Welche Myomtherapie wurde Ihnen bereits von Ihrem Gynäkologen empfohlen?

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

Gebärmutterteilentfernung (Halserhaltend) durch: Bauchspiegelung vaginal Bauchschnitt

Bitte wenden

Gebärmuttererhaltende Myomentfernung durch: Bauchspiegelung vaginal Bauchschnitt

Myomembolisation: MR-gesteuerter fokussierter Ultraschall:

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Regelbezogene Schmerzen Unspezifische Schmerzen Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
 (Manifester) Eisenmangel Druck auf Organe/ Harnblase

Verstärkte Blutungen: nein ja

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

Sonstige Beschwerden: _____

Kinderwunsch: nein ja

Familienplanung abgeschlossen: nein ja

Menopause (Wechseljahre) eingetreten: nein ja

Haben Sie eine Spirale/Hormonspirale? nein ja

Soll eine Kopie des Berichtes an einen bestimmten Arzt (Hausarzt/Gynäkologen) gehen?

nein ja

Wenn ja, bitte Name/Adresse angeben:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Datum, Unterschrift