



# Szent Anna Nőgyógyászati Magánrendelő – Dr. Zatik János

4028 Debrecen, Szent Anna utca 48. sz. - [www.zatik-nogyogyasz.hu](http://www.zatik-nogyogyasz.hu)

## Részletes Nőgyógyászati Adatlap

Név: \_\_\_\_\_ Születési idő: \_\_\_\_\_

Levelezési cím: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ TAJ-szám vagy útlevelezszám: \_\_\_\_\_ Családi állapot: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_ Foglalkozás: \_\_\_\_\_

### Van-e valamilyen gyógyszerrel szembeni allergiája?

Nem tudok róla \_\_\_\_\_ Igen, a következőkre: \_\_\_\_\_

Dohányzik? \_\_\_\_\_ Alkoholt fogyaszt? \_\_\_\_\_ Kábítószerrel fogyaszt? \_\_\_\_\_

### Korábbi terhességekre vonatkozó adatok

Terhességek száma: \_\_\_\_\_ Császármetszések száma: \_\_\_\_\_ Spontán szülések száma: \_\_\_\_\_ Vákuumos szülések száma: \_\_\_\_\_

Érett szülések száma, és súlyuk (tól-ig): \_\_\_\_\_ Koraszülések száma, és súlyuk (tól-ig): \_\_\_\_\_

Spontán vetélések száma, és kora (hét): \_\_\_\_\_ Terhesség-megszakítások száma, és kora (hét): \_\_\_\_\_

Elhalt terhességek száma, és kora (hét): \_\_\_\_\_ Méhen kívüli terhességek száma: \_\_\_\_\_

### Műtétek

Vércsoportja (ha pontosan tudja): \_\_\_\_\_

Korábban voltak-e műtétei? \_\_\_\_\_

Nem \_\_\_\_\_ Igen (milyen és mikor): \_\_\_\_\_

### Szenved-e Ön az alábbi betegségek valamelyikében, illetve előfordult-e valakinél a családjában, és ha igen, kinél?

	Önre vonatkozóan		Családjára vonatkozóan		Ha igen, kinél?
Szívbetegség	Nem	Igen	Nem	Igen	
Trombózis, embólia, stroke	Nem	Igen	Nem	Igen	
Magas vérnyomás	Nem	Igen	Nem	Igen	
Cukorbetegség	Nem	Igen	Nem	Igen	
Vérszegénység	Nem	Igen	Nem	Igen	
Vesebetegség	Nem	Igen	Nem	Igen	
Genetikai betegség	Nem	Igen	Nem	Igen	
Pszichés betegség	Nem	Igen	Nem	Igen	
Pajzsmirigy-, endokrin betegség	Nem	Igen	Nem	Igen	
Meddőség	Nem	Igen	Nem	Igen	
Epilepszia, görcsrel járó állapotok	Nem	Igen	Nem	Igen	
Roszcindulatú daganatos betegség	Nem	Igen	Nem	Igen	

## Az alább felsorolt fertőzések valamelyikével kezelték-e már Önt, illetve kimutatták-e valamelyiket Önnél?

Herpes	Nem	Igen, ekkor (évszám):	
Gonorrhoea	Nem	Igen, ekkor (évszám):	
Chlamydia	Nem	Igen, ekkor (évszám):	
Syphilis	Nem	Igen, ekkor (évszám):	
Trichomonas	Nem	Igen, ekkor (évszám):	
Hüvelyi folyás, égő, viszkető, csípő érzés	Nem	Igen, ekkor (évszám):	
Condyloma - HPV szemölcsös elváltozás	Nem	Igen, ekkor (évszám):	HPV típusa:

### Menstruációs adatok

Hány napig tart? Ciklikussága: Kísérő tünet:  
Mennyisége: Mit használ a vérzés alatt? Betétet Tampont Mást:  
Legelső menses ideje (évszám): Legutóbbi menses első napjának pontos dátuma:

### Partneri kapcsolat, szexuális szokások

Jelenleg van-e szexuális kapcsolata? Nincs Van Mióta? Együttlétek havi gyakorisága:  
Legelső aktus időpontja: Legutóbbi aktus időpontja: Eddigi partnerek száma:  
Fogamzásgátlás jelenlegi módja: Korábban alkalmazott fogamzásgátlás módok:  
Volt-e kiemelkedően negatív szexuális élménye? (pl. nemi erőszak) Igen Nem  
Az első aktus kellemetlen, fájdalmas volt-e? Igen Nem

### Panaszok, tünetek

Hüvelyi panaszok:

Emlő panaszok:

Vizelési panaszok:

Szexuális problémái, panaszai:

A fenti problémákra mikor, milyen kezelést kapott?

Legutóbbi nőgyógyászati rákszűrés ideje, eredménye:

Legutóbbi mammográfiai vizsgálat ideje, eredménye:

Milyen gyógyszereket, vitaminokat, gyógynövény készítményeket szed?

<b>Jelen vizsgálat célja:</b>	Nőgyógyászati vizsgálat	Első vizsgálat	Rákszűrés	Évenkénti ellenőrzés	
Fogamzásgátlás	Fertőzés	Hüvelyi folyás	Fájdalom	Ultrahang	Terhesség megállapítás
Terhesgondozás	Meddőség	Emlővizsgálat	Konzultáció	Szexuális probléma	

Adatait bizalmasan kezeljük. Amennyiben a konzultáción nem szeretné harmadik személy jelenlétét, kérjük, azt külön jelezze. Az egyéb fontosnak ítélt közlendőit az alábbi sorokban írhatja le. Köszönjük, hogy az adatlap kitöltésével segítette munkánkat.