



Προηγμένη Ελάχιστα Επεμβατική,  
Λαπαροσκοπική και Ρομποτική Χειρουργική

Advanced Minimally Invasive,  
Laparoscopic & Robotic Surgery

### Ιατρικό ιστορικό νέου ασθενούς

Όνομα ασθενούς: .....

Ημ. γέννησης: ...../...../..... Αριθμός Α.Τ.: .....

Περιγράψτε σύντομα το τρέχον πρόβλημα υγείας σας:

.....  
.....  
.....  
.....

Γυναικολογικό ιστορικό:

Είστε έγκυος τώρα; Ναι / Όχι Ημερομηνία 1ης ημέρα έμμηνου κύκλου: .....

Αριθμός κυήσεων: ..... Αριθμός αποβολών: .....

Αριθμός διακοπών κύησης: ..... Αριθμός καισαρικών: .....

Αριθμός ζώντων τέκνων: ..... Υποβοηθούμενοι τοκετοί: .....

Προηγούμενο χειρουργικό ιστορικό (παρακαλώ αναφέρετε παλαιότερα χειρουργεία ή νοσηλείες με ημερομηνίες):

.....  
.....

Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό (παρακαλώ κυκλώστε όπου ταιριάζει ή συμπληρώστε όπου χρειάζεται): .....

Ναι	Όχι	Υπέρταση	Ναι	Όχι	Υπερχοληστεριναιμία
Ναι	Όχι	Στεφανιαία νόσος	Ναι	Όχι	Περιφερική αγγειοπάθεια
Ναι	Όχι	Κολπική μαρμαρυγή	Ναι	Όχι	Θρόμβωση/ΕΒΦ
Ναι	Όχι	Έμφραγμα μυοκαρδίου	Ναι	Όχι	Αγγειακό εγκεφαλικό
Ναι	Όχι	Βαλβιδοπάθεια	Ναι	Όχι	Καρωτιδική νόσος
Ναι	Όχι	Προσθετική βαλβίδα			
Ναι	Όχι	Διαβήτης – Τύπου 1	Ναι	Όχι	Άσθμα
Ναι	Όχι	Διαβήτης – Τύπου 2	Ναι	Όχι	ΧΑΠ/Εμφύσημα
Ναι	Όχι	Υποθυρεοειδισμός	Ναι	Όχι	Φυματίωση
Ναι	Όχι	Υπερθυρεοειδισμός			
Ναι	Όχι	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια			



