



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Tel./Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Straße/Nr./PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebs) vollständig erfolgt?  nein  jaAllergien:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Nikotin:  nein  ja

Alter bei der ersten Regelblutung: \_\_\_\_\_ Datum letzte Regelblutung: \_\_\_\_\_

Zyklus:  regelmäßig /  unregelmäßig Zykluslänge: \_\_\_\_\_ Tage Blutungsdauer: \_\_\_\_\_ Tage

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Verhütung: \_\_\_\_\_

Gynäkologische Operationen (wann, welche?): \_\_\_\_\_

Geburten (wann / Entbindungsart / Frühgeburt?): \_\_\_\_\_

Fehlgeburten / Abbrüche (wann?): \_\_\_\_\_

Wurde schon eine Mammographie durchgeführt? Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Wurde schon eine Koloskopie durchgeführt? Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

## Vorerkrankungen:

<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Asthma / COPD	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Blutungsneigungen
<input type="checkbox"/> Hepatitis / HIV	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Gemüterkrankungen	<input type="checkbox"/> Hormonstörungen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (welche?): _____			

Treten in Ihrer (blutsverwandten) Familie (Eltern/Geschwister/Großeltern) folgende Erkrankungen auf?  
Bitte betroffene Personen benennen!

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Thrombose
<input type="checkbox"/> geburtliche Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (welche?): _____			

Name/Anschrift Ihres Frauenarztes/Ihrer Frauenärztin; Zeitpunkt der letzten gynäkologischen  
Vorsorgeuntersuchung: \_\_\_\_\_

Name/Anschrift Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin: \_\_\_\_\_

Grund des heutigen Besuches: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_