



Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Tel./Mobil: _____ E-Mail: _____

Straße/Nr./PLZ/Ort: _____

Krankenversicherung: _____ Beruf: _____

HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebs) vollständig erfolgt? ☐ nein ☐ ja

Allergien: ☐ 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"/> Gemütererkrankungen | <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: _____