

Nachname, Name: _____ **Geb.-Datum:** _____**Anschrift:** _____
Straße Hausnummer, PLZ Wohnort**Tel. (Privat):** _____ **E-Mail:** _____**Tel. (Mobil):** _____ **Beruf:** _____**Größe:** _____ m **Gewicht:** _____ kg**Heutiger Vorstellungsgrund:**

- ☐ Vorsorge/Verhütung ☐ Schwangerschaft ☐ Wechseljahrsbeschwerden
- ☐ Haben Sie z. Z. Beschwerden? _____

Alter bei der ersten Regelblutung: _____ **Datum letzte Regelblutung:** _____**Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung?** _____**Welche Methode(n) verwenden Sie zur Schwangerschaftsverhütung?** _____**Nehmen Sie aufgrund von Wechseljahresbeschwerden Hormone ein?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Schwanger? ☐ nein ☐ möglicherweise ☐ ja, ich bin in der _____ SSW**Anzahl** Geburten: _____ Fehlgeburten: _____

Abbrüche: _____ Eileiterschwangerschaften: _____

Haben Sie einen Kinderwunsch? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, seit wann? _____**Hatten Sie gynäkologische oder allgemeine Operationen?** ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ich habe aufgehört ☐ ja, ich rauche ca. _____ Stück pro Tag

Haben Sie Allergien? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- ☐ Bluthochdruck ☐ Thrombose ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Migräne ☐ Lebererkrankung
☐ Nierenerkrankungen ☐ Diabetes mellitus ☐ Epilepsie ☐ Osteoporose ☐ Hormonstörungen
☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Blutungsneigung ☐ Psychische Erkrankung ☐ Krebserkrankungen
☐ Arthrose ☐ Harninkontinenz ☐ Asthma/COPD ☐ Hepatitis/HIV
☐ Sonstiges _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Traten in Ihrer Familie gynäkologische Krebserkrankungen auf? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, welche und bei wem?

Hatten Sie schon einmal eine Mammographie? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wann? _____ (MM/JJJJ)

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wann? _____ (MM/JJJJ)

Haben Sie bereits eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs erhalten? ☐ nein ☐ ja Wenn ja, wann? _____ (MM/JJJJ)

Datum

Unterschrift Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter