

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.:** _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____ Hausarzt: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____

Erste Regelblutung, Alter: _____

Abstand (Zyklus) und Dauer der Periode: _____

Verhütung? Wenn ja welche? _____

Menopause (letzte Periode), Alter: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie? _____ Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Sind Sie gegen Röteln geimpft? Sind Sie gegen Windpocken geimpft?
erkrankt? erkrankt?

Covid 19 : geimpft? geboostert? genesen?

Allergien (z.B. Pflaster, Medikamente?): _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche? _____

Hatten Sie bereits Operationen? Wenn ja wann und welche? _____

Letzte Gyn.Untersuchung (Krebsvorsorge): _____

Geburten (Geburtsjahr, m/w, Normalgeburt, Kaiserschnitt): _____

Fehlgeburten: _____

Schwangerschaftsabbrüche: _____

Wichtige Erkrankungen (z.B. Herz/Kreislauf, Erbkrankheiten,
Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Infektionserkrankungen,
Epilepsie, etc.): _____

Familiäre Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen, Thrombose/Embolie,
Zuckererkrankungen etc.): _____

Darmspiegelung: _____

Mammographie: _____

Mit meiner Unterschrift bescheinige ich das oben Stehende verstanden zu haben und erkläre mich damit einverstanden.

Notfall-Kontaktdaten:

Vorname: _____

Telefonnummer:

Nachname: _____

Ort, Datum

Unterschrift Patientin