



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:

Nachnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin