



Sehr geehrte Patientin,

um Sie besser kennen zu lernen, möchten wir Sie bitten, uns einige Fragen zu beantworten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____ Email: _____

Hausarzt: _____ Beruf: _____

Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen wie Krebs (Brust, Eierstock, Darm), Thrombosen Embolien, Diabetes, erhöhten Blutdruck, genetische o. geistige Erkrankungen?

O ja

o nein

Wenn ja, wer und welche? _____

Bestehen bei Ihnen dauerhafte Erkrankungen wie z.B. Migräne, Thrombosen, Embolien, Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenfehlfunktion, Gerinnungsstörung, Lebererkrankungen, Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten?

O ja

o nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

O ja

o nein

Wenn ja, welche? _____

Verhüten Sie?

O ja

o nein

Wenn ja, wie? _____

Ist ihr Impfpass aktuell? ja nein

Wurde bei Ihnen eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt? ja nein

Haben Sie Kinder geboren? ja nein

Geburtsjahr Geschlecht Gewicht Spontan o. Kaiserschnitt

Hatten Sie Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Hatten Sie Operationen (Blinddarm, Unterleib, Brust)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wieviel täglich? _____

Trinken Sie täglich Alkohol? ja nein

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Angaben

Datum: _____ Unterschrift: _____