



Liebe Patientin,

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Gibt es in Deiner 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 Dir dauerhafte Erkrankungen wie z.B. Migräne, Thrombosen, Embolien, Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenfehlfunktion, Gerinnungsstörung, Lebererkrankungen, Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten?**

O ja

o nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein?**

O ja

o nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ist Dein Impfpass aktuell?**  ja  nein

Wurde bei Dir eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt?  ja  nein

**Wie alt warst Du bei Deiner ersten Periode?** \_\_\_\_\_

**Wann war Deine letzte Periode?** \_\_\_\_\_

**Kommt Deine Periode regelmäßig?**  ja  nein

**Verhütetest Du?**  ja  nein

Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

**Warst du schon mal schwanger?**  ja  nein

**Hattest Du Operationen (Blinddarm, Unterleib, Brust)?**  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Rauchst Du?**  ja  nein

Wenn ja, wieviel täglich? \_\_\_\_\_

**Trinkst Du täglich Alkohol?**  ja  nein

**Größe:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_