



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, Schilddrüsenfunktionsstörung, 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: _____