



Persönliche Information

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

E-Mail

Beruf

Hausarzt (Name, Adresse):

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Aktueller Anlass des Besuchs/Beschwerden: _____

Datum der letzten Regelblutung: _____

Regelmäßigkeit des Zyklus: regelmäßig unregelmäßig

Zykluslänge: _____ Tage Verhütungsmethode: _____

Letzte Mammographie/Brustultraschall (Datum): _____

Letzte Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge (Datum): _____

HPV-Impfung erhalten: Ja Nein

Anzahl Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten: _____

Art und Jahr der Geburten (*spontan, Kaiserschnitt, Sauglocke*): _____

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche: _____

Allergien: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: _____

Hormoneinnahme: _____

Vorerkrankungen (*bitte ankreuzen*): Bluthochdruck Diabetes Thrombose

Schilddrüsenerkrankung Krebserkrankung Herzerkrankung

Sonstiges: _____

Frühere Operationen: _____

Krebserkrankungen oder andere relevante Erkrankungen in der Familie:

Rauchen: Ja Nein Wenn ja, wie viele pro Tag: _____

Alkoholkonsum: Nie Gelegentlich Regelmäßig

Datum: _____ Unterschrift: _____