



Sehr geehrte Patientin,

um die Beratung und Behandlung möglichst effizient zu gestalten und die Wartezeit in der Praxis zu minimieren, möchten wir Sie bitten, uns vorab einige Informationen zu Ihrer Vorgeschichte zu geben.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Familienstand: _____ Beruf: _____
Adresse: _____ Größe/Gewicht: _____

Mammographie: _____
Tel.Nr.: _____ Darmspiegelung: _____
Handy: _____ E-Mail: _____

Erste Periodenblutung mit _____ Jahren. Letzte Periode: _____
Menopause mit _____ Jahren. Gebärmutterhalskrebsimpfung/HPV? _____

Zyklus regelmäßig: ja nein alle wieviel Wochen ?

Verhütung: ja nein mit :

Anzahl der Schwangerschaften: _____ Geburten: _____

Wie entbunden: _____

Gynäkologische Vorerkrankungen (z.B. Zysten, Myome, Infektionen):

Gynäkologische Operationen: _____

Andere Operationen: _____

Allgemeine Vorerkrankungen:

Herz-Kreislaufkrankungen: _____

Schilddrüsenerkrankungen: _____

Diabetes mellitus: _____

Krampfadern /Thrombose/ Lungenembolie: _____

Allgemeine Vorerkrankungen:

Nierenerkrankungen, Harnwegsinfekte: _____

Lungenerkrankungen/ Asthma: _____

Magen-/Darm- /Lebererkrankungen: _____

Chronische Kopfschmerzen / Migräne: _____

Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Krampfanfälle, Multiple Sklerose): _____

Augenerkrankungen/grüner Star: _____

Hauterkrankungen: _____

Andere Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente: Ja Nein

Welche ? _____

Rauchen Sie? Nein Ja Wieviel?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wieviel ?

Haben Sie Allergien gegen Medikamente, Pollen, Lebensmittel oder anderes?

Wenn ja, welche ? _____

Gibt es in Ihrer Familie jemanden, der an folgenden Erkrankungen leidet? Wenn ja, wer ?

Bluthochdruck ? _____

Diabetes ? _____

Thrombose/ Lungenembolie ? _____

Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 55.Lebensjahr ? _____

Krebserkrankungen, insbesondere Brust-, Eierstock oder Darmkrebs ? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____