

Liebe Patientin,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit – bitte schreiben sie deshalb deutlich und leserlich.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon Festnetz: _____ Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____ Hausarzt: _____

1. **Letzte Periode** _____ ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig alle _____ Tage

2. **Erste Periode:** _____ Jahre Menopause: _____ Jahre

3. **Schwangerschaften:** _____ davon Geburten: _____ davon Kaiserschnitt: _____

4. Eigene Vorerkrankungen:

- ☐ Lungenembolie/Thrombose ☐ Gerinnungsstörung ☐ Bluthochdruck
☐ Herz-/Kreislaufkrankungen ☐ Schlaganfall ☐ Diabetes
☐ Krebserkrankungen: _____ Folgende: _____

Operationen: _____

5. Familiäre Vorbelastung: z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombose, Lungenembolie, Genetische Erkrankungen, Krebserkrankungen: _____

6. Medikamente: _____

☐ Hormone Folgende: _____ Seit: _____

Wie verhüten Sie aktuell?: _____ Seit: _____

7. Allergien: _____

8. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

9. Wurden bei Ihnen folgende Untersuchungen durchgeführt?

Mammographie: ☐ ja ☐ nein Wann? _____

Coloskopie (Darmspiegelung): ☐ ja ☐ nein Wann? _____

Wurden Sie gegen Gebärmutterhalskrebs/HPV geimpft?

☐ ja ☐ nein ☐ unklar Ist die Impfung vollständig erfolgt? ☐ ja ☐ nein

10. Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

11. Beruf: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.