



| | |
|---|---------------------------------|
| Name | Vorname |
| Straße / Nr. | PLZ / Ort |
| Geburtsdatum | Beruf |
| Telefon privat/geschäftlich | Handy |
| Email | Fax |
| Krankenkasse | Hausarzt: |
| Anzahl Schwangerschaften: - - - | Anzahl Geburten: - - - |
| Vorerkrankungen | |
| Operationen | |
| Allergien | |
| Medikamente | |
| Erkrankungen in Ihrer Familie (z.B. Diabetes, Gerinnungsstörungen, Krebserkrankungen, Hüftgelenkerkrankungen, Fehlbildungen, genetische Krankheiten): | |
| Letzte Regelblutung | |
| Ist Ihr Zyklus regelmäßig? | Wie oft kommt die Regelblutung? |
| Ist Ihre Regelblutung schmerzhaft? | Wie lange hält sie an? |
| Rauchen Sie (wieviel am Tag)? | Trinken Sie regelmäßig Alkohol? |
| Monat der letzten Krebsvorsorge | Letzte Mammographie |
| Größe | Gewicht |
| Hatten Sie Röteln (ansonsten bitte Impfausweis bereithalten)? | |
| Wie können wir Ihnen helfen? | |