|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Familienstand |  |
| Plz, Wohnort |  | Beruf |  |
| Straße |  | Telefon/  Mobil |  |
| e-mail |  | Größe/  Gewicht |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie die Impfung gegen HPV bekommen?  (“Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs”) |  ja  nein   ja, aber unvollständig |

|  |  |
| --- | --- |
| Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Monatsblutung? |  |
| Wenn Sie keine Blutung mehr haben, in welchem Alter war Ihre letzte? |  |
| Ist Ihr Zyklus regelmäßig? | * ja  nein |
| Wie lang dauert ein Zyklus (vom 1. Blutungstag bis zum Beginn der nächsten)?  Wie lange dauert die Blutung? |  |
| Verhüten Sie?  ja  nein. Wenn ja, wie?   Spirale, welche?   Kondom   Pille, welche?   andere Methode, welche? |  |
| Haben Sie Wechseljahrsbeschwerden? Wenn ja welche? |  |
| War in letzter Zeit eine Darmspiegelung?  Wenn ja, wann? |  |
| War in letzter Zeit eine Mammographie?  Wenn ja, wann? |  |

Geburten:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Geburts-  jahr | Geschlecht | Normale Geburt, Saugglocke, Zange oder Kaiserschnitt | | Besonderes | Klinik/  Hausgeburt |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche | | |  | | |

Operationen ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jahr | Art und Grund der Operation | Klinik |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche

…………………………………........................................................................................................................

Haben Sie schwere Krankheiten, auch früher? z.B. Zucker, Bluthochdruck, Schlaganfall

Wenn ja welche?

…………………………………........................................................................................................................

Kommen in Ihrer Familie schwere Erkrankungen vor? z.B. Brustkrebs, wenn ja welche?

…………………………………........................................................................................................................

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche?

…………………………………........................................................................................................................

Wer ist Ihr Hausarzt?

…………………………………........................................................................................................................

Rauchen Sie? Falls ja, wieviel?

…………………………………........................................................................................................................

Wann waren Sie zuletzt bei der Krebsvorsorge?

…………………………………........................................................................................................................

Hiermit möchten wir Sie über unsere Datenschutzmaßnahmen aufklären, die Sie gern auf den Aushängen in der Praxis oder auf unserer Homepage einsehen können.

………………………………… ………………………………………………

Datum Unterschrift