

Liebe Patientin,
herzlich willkommen in unserer Praxis! Wir möchten Sie bitten, uns ein paar Fragen zu Ihrer Krankengeschichte zu beantworten. Dies erleichtert uns die Zusammenarbeit.
Bei Fragen sprechen Sie uns bitte an.

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____ Straße/Nr. _____

Telefon _____ PLZ/Ort _____

Mobiltelefon _____ E-Mail _____

Hausarzt _____

Alter der ersten Regelblutung _____ Jahre Letzte Regelblutung am _____

Anzahl der Schwangerschaften _____ Wenn ja, in welchem Jahr _____

Anzahl der Geburten _____

Verhütung/Kontrazeption? ☐ ja ☐ nein

Spirale? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, seit _____

Wurde bei Ihnen eine HPV (Gebärmutterhalskrebs) Impfung durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann und wo zuletzt? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie an:

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzinfarkt | ☐ Schlaganfall | ☐ Thrombose/Embolie |
| ☐ Diabetes | ☐ Asthma | ☐ Migräne | ☐ Krebserkrankungen |
| ☐ Schilddrüsen-
erkrankungen | ☐ Nierenerkrankungen | ☐ Depressionen | ☐ Lebererkrankungen |
| | ☐ Gerinnungsstörung | | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Allergien?

☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

Traten bei Ihren Verwandten folgende Erkrankungen auf? Bitte kreuzen Sie an:

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombose | ☐ Schlaganfall | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Diabetes | ☐ Krebserkrankungen | ☐ Gerinnungsstörungen | |

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wieviel am Tag: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ ja ☐ nein

Datum _____ Unterschrift _____