

BEHANDELNDER ARZT: _____

PATIENTENDATEN:

Titel: _____ **Vorname:** _____ **Nachname:** _____
E-Mail-Adresse: _____ **Telefonnummer:** _____
POST-Adresse: Straße/Gasse: _____ **Hausnummer/Stiege/Tür:** _____
PLZ: _____ **Ort:** _____

Haben Sie zusätzlich zu Ihrer gesetzlichen Versicherung eine Privatversicherung?

JA WELCHE (optional)? _____ NEIN

Wann war Ihre letzte normale Regel? _____

Rauchen Sie?

JA WIE VIEL(E)? _____ NEIN

Haben Sie schon Operationen gehabt?

JA WELCHE? _____ NEIN

Haben Sie internistische Krankheiten (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüse, ...)?

JA WELCHE? _____ NEIN

Haben Sie Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hep...)?

JA WELCHE? _____ NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

JA WELCHE? _____ NEIN

Nehmen Sie Medikamente gegen Epilepsie?

JA WELCHE? _____ NEIN

Nehmen Sie Medikamente gegen Akne?

JA WELCHE? _____ NEIN

Haben Sie Allergien auf Medikamente oder Latex?

JA WELCHE? _____ NEIN

Gibt es in Ihrer Familie Brust-, Gebärmutter- oder Eierstockkrebs?

JA WELCHEN und WER? _____ NEIN

Wann war Ihre letzte Mammographie bzw. Sonographie?

WAS? _____ WANN? _____ WARUM? _____

Wann hatten Sie Ihre letzte Gynäkologische Untersuchung? _____

Verwenden Sie eine Verhütung?

JA WELCHE? _____ NEIN

Wie oft waren Sie schwanger? _____

Haben Sie Kinder?

JA _____ NEIN

| Geburtsdatum des Kindes | Geburtsort | Spital | Gewicht | Geburtsalter* | Geschlecht |
|-------------------------|------------|--------|---------|---------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* wenn Sie sich nicht sicher sind, konsultieren Sie bitte Ihren Gynäkologen