

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Wir haben einige Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, deren **genaue** Beantwortung uns hilft, Sie besser beraten und betreuen zu können:

Leiden Sie unter einer der angegebenen **Erkrankungen** und sind Sie deshalb in Behandlung?

- hoher Blutdruck                       Thrombose                                       Embolie     Migräne
- Schlaganfall                               Zuckerkrankheit                               Gerinnungsstörung
- erhöhte Blutfette                       Brustkrebs                                       andere bösartige Erkrankung

andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Erster Tag der letzten **Regel**: \_\_\_\_\_ Wie viele Tage liegen zwischen zwei Perioden: \_\_\_\_\_

Ist die Blutung: stark  normal  schwach  schmerzhaft  unregelmäßig

Die Periodenblutung dauert \_\_\_\_\_ Tage Wie alt waren Sie (ca.) bei Ihrer ersten Regel? \_\_\_\_\_ Jahre

<b>Geburten:</b>	Jahr	normale Geburt: ja	nein	Kaiserschnitt	Zange/ Saugglocke
1.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fehlgeburten:  Schwangerschaftsunterbrechungen:  Bauchhöhlenschwangerschaften:

**Operationen/ Jahreszahl:** \_\_\_\_\_

**Allergien:** \_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

Hatten Sie **Windpocken**? Ja  nein  Haben Sie die HPV(**Gebärmutterhalskrebs**) Impfung erhalten? Ja  nein  Wenn ja, in welchem Jahr:

Rauchen Sie, wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** zu sich?  ja  nein  gelegentlich

**Verhütung:** Pille:  welche: \_\_\_\_\_ Spirale:  Kondome:  natürlich:  keine:

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von **Brust- oder Eierstockkrebs**? Wenn ja, welche bei wem?  
In welchem Alter traten sie auf?

\_\_\_\_\_

Andere **Besonderheiten**/ Grund Ihres Besuchs:

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Internet       Empfehlung       Jameda       zentrale Lage       sonstiges.....