

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Nationalität	
Straße, Nr.			
PLZ		Ort	
Telefon		Mobil-Nr.	
E-Mail			
Größe (cm)		Gewicht (kg)	

Auskunfts berechtigte

Name	
Telefon	

Soziale Angaben

Krankenkasse		Familienstand	
Beruf			

MEDIZINISCHE ANGABEN

Hausarzt			
Gynäkologe / Frauenarzt			
Gehäuft vorkommende Erkrankungen in der Familie (wie Krebserkrankungen, Herz- erkrankungen, Erbkrankheiten etc.)			
Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen? (z.B. Bluthochdruck, Zucker) Wenn ja, welche und seit wann?			
Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, an was? Wann? Wo?			
Haben Sie eine Blutübertragung erhalten?	ja	nein	
Aktuelle Beschwerden / Erkrankung (Diagnose) / auffällige Befunde			

Geburtsdatum

Name

Lebensgewohnheiten

Ihr Alkoholkonsum	täglich	1–2 x/Woche	gelegentlich	nie	
Rauchen Sie?	ja	nein	Wenn nein, haben Sie früher geraucht?	ja	nein
Wenn ja, bis wann?			Was / wie viel?		
Wie viele Jahre?					

Weitere Angaben

Bestehen bei Ihnen Allergien/ Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche und seit wann?			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Hormone ein?			
nein	ja siehe Medikamentenplan vom Hausarzt	ja Hormonbehandlung (bis wann?)	
ja Welche? (Name, Dosierung; z.B. Metoprolol 50 mg 1-0-1)			
Bisherige Behandlungen im Rahmen der aktuellen Erkrankung (Bisher behandelnde Ärzte und Krankenhäuser, ggf. bereits erfolgte Untersuchungen oder Behandlungen bitte angeben)			

Gynäkologische Angaben

Erste Periode (in welchem Alter)		Letzte Periode (Datum)		
Letzte Krebsvorsorge		Letzte Mammographie		
Anzahl der Schwangerschaften		Geburten (Anzahl, Jahr)		
Fehlgeburten		Komplikationen	ja	nein

DATENSCHUTZHINWEIS

Die Beantwortung dieser Fragen dient der Optimierung Ihrer Behandlung, erfolgt jedoch selbstverständlich auf freiwilliger Basis. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in

Falls erforderlich | Unterschrift gesetzliche*r Vertreter*in