

Liebe Patientin,

bei Ihrem ersten Termin bei uns bitten wir Sie um folgende Angaben:

Name:

Tel-Nr.:

e-mail:

Hausarzt:

Größe:

Gewicht:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Welche?

Rauchen Sie?

Wie viel?

Sind Allergien bekannt?

Wogegen?

Bestehen oder bestanden bei Ihnen schwere oder chronische Erkrankungen?

Wurden Sie schon einmal operiert? Welche Operation? Wann?

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie?

Besteht eine familiäre Neigung zu Thrombosen oder Embolien?

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?

Wie oft waren Sie schwanger? Wie haben Sie entbunden?

Haben Sie die Impfung gegen HPV (sog. „Gebärmutterhalskrebsimpfung“) erhalten?

Nehmen Sie die Pille ein?

Welche?

Haben Sie eine Spirale?

Welche?

Seit wann?

Wann war Ihre letzte frauenärztliche Untersuchung?

Datum

Unterschrift