



Allgemeine Patienteninformation

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Krankenkasse:

Hausarzt:

Beruf:

Körpergröße in cm: Gewicht in kg:

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?

Wann war Ihre letzte Regelblutung?

Wie lange dauert Ihr Zyklus im Durchschnitt?

Haben Sie Problem bei Ihrer Blutung?

Haben Sie Kinder geboren? Wenn ja: Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

Geburtsjahr: Komplikationen:

Geburtsjahr: Komplikationen:

Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt oder eine Eileiterschwangerschaft?

Ja Nein Wann?

Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch?

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation?

Ja Nein Wann und welche?

Allgemeine Patienteninformation (Seite 2/2)

Hatten Sie andere Operationen?

Ja Nein Wann und welche?

Sind bei Ihnen Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

Ja Nein Welche?

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

Ja Nein An welcher?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein Welche?

Nehmen Sie Hormone ein?

Ja Nein Welche und seit wann?

Hatten Sie jemals eine Krebserkrankung?

Ja Nein Wann und welche?

Kommen in Ihrer Familie Thrombose, Lungenembolie, Krebs oder sonstige Erkrankungen vor (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes etc.)?

Ja Nein Welche? Welches Familienmitglied?

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Embolie?

Ja Nein Wann?

Rauchen Sie?

Ja Nein Wieviele Zigaretten pro Tag?

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Kontrolle Schmerzen Vorsorge Verhütung Anderes Problem

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Haben Sie besondere Anliegen oder Wünsche?

.....

Ort, Datum Unterschrift