

Patientin: geb. am: Beruf:

Letzte Krebsvorsorge (Monat/Jahr): Hausarzt:

Größe (cm): Gewicht in kg: Letzte Periode: Zyklusdauer (Tage):

Geburten (Anzahl/Jahr):

☐ natürliche Geburt

☐ Saugglocke / Zangengeburt

☐ Kaiserschnitt

Schwangerschafts-/Geburts-Komplikationen? ☐ nein ☐ ja, welche?

Fehlgeburten (Anzahl / Jahr/ SS-Monat): ☐ nein ☐ ja

Schwangerschaftsabbrüche (Anzahl/Jahr): ☐ nein ☐ ja

Operationen (Art/ Jahr): ☐ nein ☐ ja, welche?

Krebserkrankungen: ☐ nein ☐ ja, welche?

☐ Radiotherapie ☐ Chemotherapie ☐ operative Therapie

Medikamente: ☐ nein ☐ ja, welche?

Nehmen Sie Hormone ein? : ☐ nein ☐ ja, welche?

Allergien /Medikamenten-Unverträglichkeiten: ☐ nein ☐ ja, welche?

Rauchen Sie? : ☐ nein ☐ ja, Anzahl/Tag?

Sind Sie gegen HPV gemipft? ☐ nein ☐ ja, Monat / Jahr:

Wie verhüten Sie? ☐ nicht ☐ ja, mit welcher Methode? _____

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN ! >>>>>>>>

Chronische Krankheiten: Haben/Hatten Sie folgende Erkrankungen:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Thrombose | ☐ Herzinfarkt | ☐ Schlaganfall | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Wechseljahrsbeschwerden | ☐ Gemütskrankung | |
| ☐ Krampfadern | ☐ Blutungsneigung | ☐ Gerinnungsstörung | |
| ☐ Nierenerkrankung | ☐ Harninkontinenz | ☐ Asthma/COPD | ☐ Diabetes mellitus |
| ☐ Lebererkrankung | ☐ Hepatitis | ☐ Migräne | ☐ Epilepsie |
| | | ☐ Arthrose | |

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten?

- ☐ nein ☐ ja, welche?

Bei welchem Familienmitglied?

Gibt es in Ihrer Familie Formen von Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien sowohl geistiger als auch körperlicher Art?

- ☐ nein ☐ ja, welche?

Bei welchem Familienmitglied?

Haben Sie aktuelle Beschwerden? ☐ nein ☐ ja, welche?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum, Unterschrift Patient/in:.....