

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig in **Druckbuchstaben** aus und/ oder unterstreichen Sie Zutreffendes:

|   |  |
|---|--|
| Name, Vorname   |  |
| Geburtsdatum  |  |
| Telefonnummer   |  |
| e- Mail- Adresse  |  |
| Beruf   |  |
| Hausarzt  |  |
| letzter Frauenarzt:   |  |
| Größe   |  |
| Gewicht   |  |
| Sind Sie verheiratet/ ledig/ verwitwet?   |  |
|   |  |
| 1. Tag der letzten Periode  |  |
| Beschwerden bei der Periode<br>(Schmerzen, Unregelmäßigkeiten)  |  |
| Wie verhüten Sie?   |  |
| Leiden Sie an Vorerkrankungen z.B. Bluthochdruck, Diabetes mell.,<br>Schilddrüsenfunktionsstörung, Depressionen? (Zutreffendes bitte<br>unterstreichen) Andere: |  |
|   |  |
| Welche Medikamente nehmen Sie ein?  |  |
| Haben Sie Allergien z.B.<br>Medikamente, Heuschnupfen,<br>Kontrastmittel?   |  |
| Rauchen Sie?  |  |
| Sind Sie schon einmal operiert<br>worden?   |  |
| Wenn ja, woran?   |  |
| Wann war die letzte gynäkologische<br>Krebsvorsorgeuntersuchung?  |  |
| letzte Mammographie   |  |
| letzter Stuhltest   |  |

|   |  |
|---|--|
| letzte Darmspiegelung   |  |
| Sind Sie gegen HPV<br>(Gebärmutterhalskrebs) geimpft?   |  |
| Haben Sie Ihren Impfausweis dabei?<br>Bitte legen Sie diesen vor.   |  |
|   |  |
| Wie oft waren Sie schwanger?  |  |
| Wie viele Kinder haben Sie?   |  |
| Wie haben Sie entbunden (spontan/<br>Kaiserschnitt/ Saugglocke)?  |  |
| Geburtsjahr(e) der Kinder   |  |
| Gab es Komplikationen in der SS<br>(Gestationsdiabetes,<br>Schwangerschaftsvergiftung...)?<br>Welche?                 |  |
| Hatten Sie schon einmal<br>Fehlgeburten? Wenn ja, wie viele?  |  |
| Gibt es in Ihrer Familie Thrombosen,<br>Herzinfarkte, Schlaganfälle, Diabetes?<br>(Zutreffendes bitte unterstreichen) |  |
| Gynäkologische Krebserkrankungen?<br>Welche?  |  |
|   |  |
| Aktuelle Beschwerden/ Symptome:   |  |
| Wünschen Sie eine<br>Ultraschalluntersuchung außerhalb der<br>Krebsvorsorgeleistungen?                                |  |
| Ultraschall des kleinen Beckens?  |  |
| Ultraschall der Brust?  |  |
| Wird vom Praxispersonal ausgefüllt.   |  |
| Chlamydienscreening   |  |
| IFOBT   |  |
| Grippeimpfung erwünscht   |  |