

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig 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 (Schmerzen, Unregelmäßigkeiten):

Wie verhüten Sie:

Leiden Sie an Vorerkrankungen z.B. Bluthochdruck, Diabetes mell.,  
Schilddrüsenfunktionsstörungen, Depressionen:

Nehmen Sie Medikamente nehmen ein?

Wenn ja, welche:

Haben Sie Allergien z.B. gegen Medikamente, Heuschnupfen Kontrastmittel:

Rauchen Sie:

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja-woran?:

Wann war die letzte gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung:

...die letzte Mammographie:

...der letzter Stuhltest:

...die letzte Darmspiegelung:

Haben Sie Ihren Impfausweis dabei, bitte legen Sie ihn vor:

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft:

Sind Sie bereits gegen Corona geimpft:

Wie oft waren sie schwanger?

Wieviele Kinder haben Sie?:

Jahr der Entbindungen :

Wie haben sie entbunden (Spontan/Kaiserschnitt/Saugglocke):

Gab es Komplikationen in der SS (Gestationsdiabetes, Schwangerschaftsvergiftung...):

Hatten sie schon einmal Fehlgeburten:

Gibt es in der Familie Thrombosen, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Diabetes:

Gynäkologische Krebserkrankungen:

aktuelle Beschw.: Symptome:

Wünschen Sie eine Ultraschalluntersuchung außerhalb der Krebsvorsorgeleistungen?

Ultraschall des kleinen Becken:

Ultraschall der Brust:

Wird vom Praxispersonal ausgefüllt:

Chlamydien-Screening: \_\_\_\_, IFOBT: \_\_\_\_

Grippeimpfung erwünscht: \_\_\_\_