

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Ort/Datum**

---

1. Haben Sie zur Zeit Beschwerden/welche?/seit wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Hatten Sie ...

a. Schwangerschaften? Ja  Nein

Wenn ja: wann \_\_\_\_\_

b. Fehlgeburten Ja  Nein

Wenn ja: wann \_\_\_\_\_

c. Abbrüche Ja  Nein

Wenn ja: wann \_\_\_\_\_

3. Hatten Sie Erkrankungen oder Operation an Gebärmutter, Eierstöcken, Brust?

Ja  Nein

Welche?/Wann \_\_\_\_\_

Welche?/Wann \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Mammographie, Ultraschalluntersuchung oder Stanzbiopsie der Brust?

Welche?/Wann \_\_\_\_\_

Welche?/Wann \_\_\_\_\_

4. Wann war Ihre letzte Menstruation? \_\_\_\_\_

5. War/Ist die Menstruation regelmäßig? \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

6. Hatten Sie schon einmal eine Koloskopie (Darmspiegelung)? Wenn ja, wann?

\_\_\_\_\_

7. Hatten Sie andere größere Erkrankungen oder Operationen? (z.B. Thrombose, erhöhter Bluthochdruck, Gefäßerkrankungen, Gelenkerkrankungen, Herzerkrankungen, Schlaganfall, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes, Lebererkrankungen, Fibromyalgie etc.)

Ja

Nein

Welche?/Wann \_\_\_\_\_

Welche?/Wann \_\_\_\_\_

8. Gibt es in der Familie Herzerkrankungen, Gefäßerkrankungen, Thrombose, Diabetes oder Krebserkrankungen?

Ja

Nein

9. Haben Sie eine Erkrankung an der Schilddrüse? Ja  Nein   
Wenn ja, seit wann:

\_\_\_\_\_

10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

(z.B. für Schilddrüse, Herz-/Kreislaufkrankungen, hormonelle Erkrankungen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Trinken Sie Alkohol?  ja regelmäßig  nein  gelegentlich

12. Leiden Sie an Allergien (speziell gegen Medikamente)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Welche Verhütungsmethoden haben Sie in welchem Zeitraum angewendet?

\_\_\_\_\_

Bitte schreiben Sie hier chronologisch alle Ereignisse auf, die Ihren Gesundheitszustand beeinflussen könnten, beispielsweise

- Beschwerden während Ihrer Pubertät, Ihrer Menstruationszyklen,

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

- Beschwerden während oder nach Schwangerschaften/Stillzeiten,
- Veränderungen Ihres Schlafverhaltens/Menstruationszyklen, Stimmungsschwankungen?
- Auffälligkeiten z.B. nach einer Geburt, der Stillzeit, nach Operationen oder schweren Erkrankungen?

Gab es in der Zeit, in der Beschwerden auftraten irgendwelche auffälligen Ereignisse in ihrem Leben (Partnerschaft, Familie oder Beruf)?