

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)?