

Name	Vorname	Geb.
Tel Mobil	Tel Privat o. Arbeit	Familienstand
Email-Adresse	Krankenkasse	Beruf
Behandelnder Frauenarzt	Hausarzt (bitte mit Ortsangabe)	

Größe: Gewicht: Letzte Krebsvorsorge:

Regelblutungen? ja nein Zyklus regelmäßig? ja nein 1. Tag der letzten Regel:

Regelschmerzen? ja nein Verhütung? ja neinwenn ja, womit?

Sind sie geimpft gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV)? ja nein unbekannt

Rauchen Sie? ja nein Trinken Sie Alkohol? ja nein

Gibt es familiäre Erkrankungen? (beispielsweise Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, Gerinnungsstörung, Thrombosen, o.ä.)

.....

Haben oder hatten Sie irgendwelche Vorerkrankungen?

(Haben Sie beispielsweise einen Bluthochdruck, Diabetes, Asthma, Leber/Magen/Darm/Nieren/Herz/Lungen- oder Stoffwechsel-Erkrankungen oder andere chronische Erkrankungen? Hatten Sie schon mal eine Thrombose, Lungenembolie oder Schlaganfall?)

.....

.....

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

wenn ja, welche?

.....

Wurden Sie bereits operiert? ja nein

wenn ja, was und wann?

.....

Geburten: (wenn ja: wann, wie entbunden?)

Fehlgeburten:

(wenn ja, wie oft und wann?)

Abbrüche:

(wenn ja, wie oft und wann?)

Allergien: ja nein - wenn ja, welche?

Notieren Sie uns hier bitte kurz den Grund Ihres Arztbesuchs, damit wir die notwendigen Untersuchungen vorbereiten können. Tragen Sie bei einem Termin in der Dysplasiesprechstunde Ihren letzten Abstrichbefund mit ein und geben Sie unserem Team an der Anmeldung alle mitgebrachten Unterlagen.