

Name	Vorname	Geb.
Tel privat / Handy	Tel tagsüber/Arbeit	Familienstand
Email-Adresse	Krankenkasse	Beruf

Behandelnder Frauenarzt (bei Überweisung)

Hausarzt (optional; mit Adresse falls bekannt)

Größe: **Gewicht:** **Letzte Regel:**

Zyklusdauer: **Verhütung:** **Regelschmerzen:** ja nein
 (Abstand zw. 2 Blutungen)

Rötelschutz vorhanden: ja nein unbekannt **Letzte Krebsvorsorge:**

Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs vorhanden (HPV-Impfung): ja nein unbekannt

Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviel:

Trinken Sie Alkohol? ja nein wenn ja, wieviel:

Erkrankungen:

Dauermedikamente: ja nein
 wenn ja, welche?

Familiäre Erkrankungen:
 (z.B. Erbkrankheiten, Brustkrebs)

Operationen:

 wann? welche Operation? / wo?

Geburten:
 (Bitte Anzahl & Geburtsjahr)

Fehlgeburten..... **Schwangerschaftsabbrüche:**.....
 (Bitte Anzahl & Jahr)

Allergien: ja nein - wenn ja, welche?

Wichtig ! Notieren Sie uns hier bitte kurz stichpunktartig den Grund Ihres Arztbesuchs, damit wir die notwendigen Untersuchungen vorbereiten können und geben Sie unserem Team an der Anmeldung alle mitgebrachten Unterlagen.