



**Sehr geehrte Patientin,**

**da Sie sich zum ersten Mal in unserer Praxis vorstellen, bitten wir Sie um einige wichtige Informationen zu Ihnen und Ihrer medizinischen Vorgeschichte.**

Name .....

Vorname ..... Geb. Datum .....

Adresse .....

Tel. priv. .... Tel. gesch. ....

Handy .....

Emailadresse .....

Versicherungsstatus:     gesetzlich             privat - Beihilfe     ja     nein

Was ist der Grund Ihres Termins in unserer Praxis? .....

Ihre Größe: .....

Ihr Gewicht: .....

Ihr Alter beim Einsetzen Ihrer 1. Periode? .....

In welchen Abständen bekommen Sie Ihre Periode und wie viele Tage dauert sie?

Wann war Ihre letzte Periode? .....

Wann wurde die letzte Krebsvorsorge - Untersuchung durchgeführt? .....

Wie viele Geburten hatten Sie? Geburtsjahr/e .....

Spontangeburt

Sauglocke

Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen bei den Schwangerschaften oder den Geburten?

Wenn ja, welche? .....

Hatten Sie Fehlgeburten? Wenn ja, wann? .....

Wurden Sie schon operiert? Wenn ja, welche Operationen und wann?  
.....

Wie verhüten Sie? .....  
(z.B. Pille, 3-Monats-Spritze, Kupferspirale, Hormonspirale, Kondom o. a. Methode?)

Falls Pille, welche? .....

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? .....

Hatten Sie eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs?

Wenn ja, wann? .....

Haben sie Allergien? Wenn ja, welche? .....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel täglich? .....

Haben Sie Erkrankungen, weswegen Sie regelmäßig in Behandlung sind?

Wenn ja, welche? .....

Wurde bei Ihnen schon eine Mammographie durchgeführt?

Wenn ja, wann? .....

Gab es Brustkrebs bei Mutter, Großmutter oder Schwester?

Falls ja, bei wem? .....

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?  
.....

Wir erinnern unsere Patientinnen einmal im Jahr telefonisch/schriftlich an die empfohlene Vorsorgeuntersuchung. Falls Sie dies nicht wünschen sprechen Sie uns gerne an.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

***Bitte geben Sie diesen Bogen wieder an der Anmeldung ab.  
Vielen Dank !***