

Name:

Geburtsdatum:

Adresse

Tel./mobil

e-Mail:

Krankenkasse/Versicherung:

Beruf/Ausbildung

Hausarzt:

---

Letzte gynäkologische Untersuchung:

1. Tag der letzte Periode:

Alter bei der 1. Periode:

Anzahl der Geburten:

Ggf: in welchen Jahren sind die Kinder geboren?

Anzahl der Fehlgeburten:

Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche:

Operationen:

(ggf. Rückseite mitbenutzen!)

Letzte Darmspiegelung (falls erfolgt):

Eigene Vorerkrankungen:

(ggf. Rückseite mitbenutzen!)

Medikamenteneinnahme (auch Antibabypille):

(ggf. Rückseite mitbenutzen!)

Allergien:

Nikotin:  ja  nein

Migräne:  ja  nein

**falls Sie jünger als 45 Jahre sind: bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!**

---

Krankheiten in der **Familie** (bitte notieren, wer betroffen ist)

Erbliche Gerinnungsstörungen:

Blutgerinnsel (Thrombosen) unter 45 Jahren:

Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 45 Jahren:

Bluthochdruck unter 45 Jahren:

Brustkrebs, Eierstockkrebs, Gebärmutterkrebs:

.....  
Datum

.....  
Unterschrift