



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

E-Mail: _____ Mobilfunk Nr.: _____

Beruf: _____

Wie haben Sie zu uns gefunden?
 Auf Empfehlung von: _____
 Homepage
 Facebook
 Jameda
Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung? _____ Jahre

Datum letzter Regelblutung: _____ Dauer der Regelblutung: _____ Abstände der Regel: _____

 Meine Blutungen haben mit _____ Jahren aufgehört.
Waren Sie schon einmal schwanger?

	Jahr	Tochter / Sohn	Normal / Zange / Saugglocke	Kaiserschnitt
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Geburten:				

Anzahl Fehlgeburten: _____ Anzahl Abbrüche: _____

Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen:
 Brustkrebs
 Unterleibskrebs
 Darmkrebs
 Thrombose / Embolie
 Osteoporose
Wenden Sie zurzeit eine Verhütungsmethode an?
 Nein
 Ja, welche:
 „Pille“
 „Spirale“
 Sonstiges: _____
Haben Sie eine Allergie?
 Nein
 Ja, welche: _____
Haben Sie bereits eine Mammographie durchführen lassen?
 Nein
 Ja; wann war die letzte Untersuchung (Monat / Jahr): _____
Wurden bei Ihnen Operationen an der Brust oder am Unterkörper durchgeführt?
 Nein
 Ja; welche und wann: _____
Ist bei Ihnen schon eine Darmspiegelung gemacht worden?
 Nein
 Ja; wann: _____
Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen (wenn ja, wann):

<input type="radio"/> Thrombose / Embolie	<input type="radio"/> Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Erhöhte Blutfettwerte	<input type="radio"/> Osteoporose
<input type="radio"/> Krampfadern	<input type="radio"/> Krebserkrankung	<input type="radio"/> Migräne mit Aura	<input type="radio"/> Harninkontinenz
<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> Seelische Erkrankung	<input type="radio"/> hoher Blutdruck	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
 Nein
 Ja; welche: _____
Sind Sie gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft?
 Nein
 Ja
Wie viel rauchen Sie?
 Nein
 Ja
Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche?
 Nein
 Ja

Der sichere Umgang mit Ihren persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Wir verhalten uns entsprechend der europäischen DS-GVO; für weitere Informationen lesen Sie bitte die ausliegende Patienteninformation.

Ich willige ein, dass mir das Gynäkologikum-Bergedorf per E-Mail / SMS Informationen und Erinnerungen (Früherkennungsuntersuchung, Terminerinnerung) übersendet.

Datum: _____ Unterschrift: _____