

Name:	Geburtsdatum:
Adresse	
Tel./mobil	e-Mail:
Krankenkasse/Versicherung:	Beruf/Ausbildung
Hausarzt:	
1. Letzte gynäkologische Untersuchung/Abstrich vom Gebärmutterhals:	
2. 1. Tag der letzten Periode:	
3. Alter bei der 1. Periode:	
4. Anzahl der Geburten:	
5. Ggf: in welchen Jahren sind die Kinder geboren?	
6. Anzahl der Fehlgeburten:	
7. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche:	
8. Operationen: (ggf. Rückseite mitbenutzen!)	
9. Letzte Darmspiegelung (falls erfolgt):	
10. Eigene Vorerkrankungen: (ggf. Rückseite mitbenutzen!)	
11. Medikamenteneinnahme (auch Antibabypille): (ggf. Rückseite mitbenutzen!)	
12. Allergien:	
13. Nikotin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14. Migräne: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Falls Sie jünger als 45 Jahre sind bringen Sie bitte Ihren Impfausweis mit!</b>	

<u>Krankheiten in der Familie (bitte notieren, wer betroffen ist)</u>	
Erbliche Gerinnungsstörungen:	
Blutgerinnsel (Thrombosen) unter 45 Jahren:	
Herzinfarkt oder Schlaganfall unter 45 Jahren:	
Bluthochdruck unter 45 Jahren:	
Lebererkrankungen:	
Brustkrebs, Eierstockkrebs, Gebärmutterkrebs:	
.....	
Datum	Unterschrift