

Name, Vorname: .....

Tel.-Nr.: ..... e-Mail: .....

geboren am: ..... Gewicht: ..... kg Größe: ..... cm

erste Regelblutung in welchem Lebensjahr? ..... letzte Regelblutung von - bis .....  
Menopause seit ..... Zyklus regelmäßig alle 4 Wochen? .....  
Dauer der Blutung? .....

Wie verhüten Sie zur Zeit? .....

Fehlgeburten/Abbrüche: wann? ..... operativ oder medikamentös?

**Geburten:** wann? Geschlecht Geburtsgewicht Besonderheiten/Probleme? Kaiserschnitt?  
.....  
.....  
.....

HPV-Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs? .....

**Operationen?** .....

**Eigenanamnese**

Krebs? welcher? .....  
Migräne? psychische Erkrankung? Epilepsie?  
Diabetes? hoher Blutdruck? Thrombose/Lungenembolie?  
Schilddrüsenerkrankung?

Medikamente? .....

Allergien? .....

Nikotin? seit wann? wie viel am Tag? .....  
Alkohol? täglich/gelegentlich/nie .....  
Drogen? nein ja/welche .....

**Erkrankungen in der Familie (wer?)**

Krebs: .....

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfall/Herzinfarkt)? .....

Thrombose/Embolien: .....

Diabetes: .....

Beruf: ..... Partnerschaft ja/nein

letzte Mammografie: ..... letzte Darmkrebsvorsorge: .....

**Grund des heutigen Praxisbesuches?** .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....