

Sehr geehrte Patientin,

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen. Selbstverständlich unterliegen ihre Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Titel:</b>	<b>Hausarzt:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Telefon Festnetz:</b>	<b>Telefon Mobil:</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>Beruf:</b>	<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>	
<b>Periode/ Zyklus:</b>	Abstand: ..... Tage, Dauer: ..... Tage Stärke: <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> stark	1.Tag der letzten Periode: Letzte Periode Wechseljahre:	
<b>Geburten:</b>	Geb.jahr:            Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m Geb.jahr:            Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m Geb.jahr:            Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m Geb.jahr:            Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	
<b>Fehlgeburten:</b>	Jahr:                    Operation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Jahr:                    Operation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Eileiterschwangerschaft:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Eigene Erkrankungen:</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie <input type="checkbox"/> Asthma / chron. Bronchitis <input type="checkbox"/> Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Herz- / Kreislauf-Erkrankung <input type="checkbox"/> Harn- / Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Zuckererkrankung (Diabetes) <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Migräne /Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Magen- / Darm-Erkrankung <input type="checkbox"/> Bandscheiben-Erkrankung <input type="checkbox"/> Seelische- / Psych. Erkrankung <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Sonstige	
<b>Medikamenten-Einnahme:</b>			
<b>Verhütung:</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hormonspirale <input type="checkbox"/> Hormonring <input type="checkbox"/> Sterilisation	<input type="checkbox"/> Antibabypille <input type="checkbox"/> Kupferspirale <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Sonstige	
<b>Operationen:</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja, welche: Jahr:	<input type="checkbox"/> ja, welche: Jahr: Jahr:	
<b>Nikotin:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....Zigaret. tgl.	<b>Allergien:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gegen:		
<b>Erkrankungen in der Familie:</b>	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie <input type="checkbox"/> Schlaganfall /Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Darmkrebs	<input type="checkbox"/> Brustkrebs <input type="checkbox"/> Gebärmutterkrebs <input type="checkbox"/> Eierstockkrebs <input type="checkbox"/> Sonstige:	

Datum:

Unterschrift: