

Name: _____, Tel./Mobil: _____

Sehr geehrte Patientin ! E-Mail: _____

Wir möchten Sie bitten einige Fragen bezüglich Ihrer "Krankenvorgeschichte" zu beantworten.

In welchem Alter begann die erste Regelblutung? _____

Wann war Ihre letzte Regelblutung ? _____

War bzw. ist der Zyklus regelmäßig? _____

Unterleibsoperationen, wenn ja: wann ? _____

was? _____

Andere Operationen: z.B. Blinddarm-/Mandelop. etc. _____

Sind in der Familie Krebserkrankungen? (wenn ja : welche/wer?)

Thrombosen? (wenn ja /wer?) _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____

(wenn ja,welche?) _____

Bestehen Allergien? (wenn ja, welche?) _____

Rauchen Sie ? __ja: wieviel am Tag?_____/ nein__

Wann wurde die letzte gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt ?

Wurde bereits eine Darmspiegelung durchgeführt? (wann?) _____

Auffälligkeiten?: __nein / __ja (welche?) _____

Mammographie (Röntgenunters. d. Brust)? (wann?/wo?) _____

Auffälligkeiten? __nein / __ ja (welche?) _____

Geburten: __nein / ja____ (wann ?) _____

Kaiserschnitt? __ spontan? __ , Geschlecht _____

Fehlgeburten (wenn ja, wann?) SS-Woche _____

Sonstiges: _____