



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):

Thrombose / Embolie Diabetes mellitus Erhöhte Blutfettwerte Osteoporose
 Krampfadern Krebserkrankung Migräne mit Aura Harninkontinenz
 Schilddrüsenerkrankung Seelische Erkrankung 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?

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: _____