

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

<p><b>Gynäkologische Anamnese</b></p> <p>Alter der ersten Regelblutung _____</p> <p>Zykluslänge (Zeit zwischen 2 Blutungen in Tagen) _____</p> <p>Letzte Regelblutung am _____</p> <p>Regelmäßiger Zyklus  <input type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> Nein</p>	<p><b>Aktuelle / letzte Verhütungsmethode</b></p> <p>Pille (Welche?) _____</p> <p>Spirale (Welche? Seit wann?) _____</p> <p>Sonstige (Welche? Seit wann?) _____</p>	<p><b>Geburten</b> (Jeweils mit Anzahl &amp; Jahr)</p> <p>Spontangeburt _____</p> <p>Saugglocke _____</p> <p>Kaiserschnitt _____</p> <p>Fehlgeburt _____</p> <p>Schwangerschaftsabbruch _____</p>
---	---	---

Größe (cm) \_\_\_\_\_

Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Letzte Untersuchungen**

Krebsvorsorge (Wann?) \_\_\_\_\_

Mammografie (Wann?) \_\_\_\_\_

Darmspiegelung (Wann?) \_\_\_\_\_

**Impfstatus**

HPV

Röteln

Windpocken

Gürtelrose

Corona

**Vorerkrankungen**

Bluthochdruck

Thrombose / -neigung

Blutungsneigung

Diabetes

Rheuma

Epilepsie

Glaukom

Immunschwäche

**Erkrankungen an**

Herz

Lunge

Leber

Schilddrüse

Nieren

**Familiär gehäufte Erkrankungen**

Brust- oder Eierstockkrebs  
(Wer? In welchem Alter?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fehlbildungen  
(Wer? In welchem Alter?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diabetes / Bluthochdruck  
(Wer? In welchem Alter?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Operationen**

Gynäkologische (Welche? Wann?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Andere (Welche? Wann?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rauchen**

Wieviel? \_\_\_\_\_

**Medikamente** (Welche?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich alle Angaben vollständig und richtig gemacht habe.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_