|  |  |
| --- | --- |
| Anschrift des Patienten: | *Name:* |
| *Telefon:* |
| *E-Mail:* |

*Liebe Patientin,*

*die nachfolgende Erhebung Ihrer Krankengeschichte sowie persönlicher Gewohnheiten ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten möchten oder können, lassen Sie bitte aus.*

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wer ist Ihr Hausarzt? |  | |
| **Mit wieviel Jahren hatten Sie Ihre erste Periode?** |  | |
| **Mit wieviel Jahren hat die Periode aufgehört?** |  | |
| **Wann war Ihre letzte Periode?** |  | |
| **Ist der Zyklus regelmäßig?** | Ja | Nein |
| **Haben Sie Kinder geboren?**  **(Anzahl, Geb.-Jahr, Geschlecht)** |  | |
| **Hatten Sie Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?** |  | |
| **Welche Art der Verhütung wenden Sie an?**  **(Pille, Spirale, …)** |  | |
| **Sind Sie gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) geimpft?**  **(Wenn ja, wie oft und wann zuletzt?)** | Ja | Nein |
| Zuletzt: |
| **Wann war Ihre letzte („Krebs“) Vorsorgeuntersuchung?** |  | |
| **Waren Sie schon einmal bei einer Mammographie?**  **(Wenn ja, wo und wann?)** |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | | | | | Wenn ja, welche? |
| Ja |  | Nein |  | | 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| **Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?** | | | | | **Wenn ja, listen Sie bitte auf, welche Medikamente Sie nicht vertragen:** |
| Ja |  | Nein |  | | 1. |
| 2. |
| 3. |
| **Leiden Sie an Allergien?** | | | | | **Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:** |
| Ja |  | Nein |  | | 1. |
| 2. |
| 3. |
| **Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? Bitte (sofern möglich) Zeitpunkt des Eingriffs hinzufügen.?** | | | | | |
| 1. | | | | 3. | |
| 2. | | | | 4. | |
| **Im Falle eines kontrollbedürftigen Befundes willige ich ein, in ein „Recall-System“ aufgenommen zu werden. Das bedeutet, dass wir Sie anrufen/anschreiben dürfen, wenn ein auffälliger Befund vorliegt** | | | | | |
| Ja | | | | Nein | |
| **Sind bei Ihnen Krankheiten bekannt?**  **(z.B. Herzinfarkt, Thrombose, Schlaganfall, …)** | | | |  | | |
| **Sind in Ihrer Familie Krankheiten bekannt?**  **(z.B. Krebs, Diabetes, Thrombose, …)**  **Wenn ja, Wer?**  **(z.B. Mutter, Vater, Oma, Opa, …)** | | | |  | | |

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Taunusstein, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_