|  |  |
| --- | --- |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_