



Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe

Zytologisches Labor

Wir möchten Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen lassen. Das ist jedoch nur dann möglich, wenn wir Kenntnisse über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen u. Operationen haben. Für Hilfe fragen Sie bitte unser Team.

Geben Sie bitte nachfolgend die für Sie zutreffenden Daten an, ggf. mit Jahreszahl, ggf. durch ankreuzen

Straße, H-Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon-Nr. _____ Handy _____

Email _____ Tel. Büro _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Familienstand _____ Geburtsland/-Ort _____

Geburtsdatum _____ Hausarzt _____

1. REGEL: mit _____ Jahren; ZYKLUSLÄNGE: _____ Tage, BLUTUNGSDAUER: _____ Tage

LETZTE REGEL: _____; FEHLGEB. im Jahr: _____

GEBURTEN (Sohn/Tochter) im Jahr: _____ GESTILLT: ja/nein

GYN.OP. i. Jahr: _____

UNTERLEIBSKRANKH. i. Jahr: _____

VERHÜTUNG: _____

SEXUALLEBEN: Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden: _____

Möchten Sie etwas daran ändern: _____

CHIRURGISCHE OP i. Jahr: _____

BLUTGRUPPE: A B O / Rh-Faktor pos./neg. WINDPOCKEN gehabt: ja / nein / ?

GRÖSSE: _____ cm; GEWICHT: _____ kg; RÖTELN-SCHUTZ: 1: _____ / pos. / neg. / ?

INTERNISTISCHE ERKRANKUNGEN: wann oder seit wann?

Magen-Darm	_____	Hirnorganisches	_____
Leber-Galle	_____	Krampfleiden	_____
Harnwege	_____	Lunge, Luftnot, Asthma	_____
Angina pectoris	_____	Schilddrüse	_____
Herzinfarkt	_____	hohe Blutfette	_____
Herzrhythmusstrg.	_____	Zuckerkrankheit	_____
Bluthochdruck	_____	Blutgerinnung	_____
Schlaganfall	_____	Thrombose, Embolie	_____
Hepatitis	_____	Infektionskrankheiten:	_____
Wundheilungsstörungen	_____	HIV, AIDS, HPV, Chlam.	_____

Osteoporose: _____ Sonstige: _____

MEDIKAMENTE: _____

NIKOTIN: ___ Zig./Tag; ALKOHOL: _____, Gl. ___ /Tag; DROGEN: _____

IMPFUNGEN/IMPFPASS: _____

ALLERGIE/UNVERTRÄGLICHKEITEN:

(Hühnereiweiß, Penicillin, Jod, Pflaster, o.ä.): _____

KRANKHEITEN IN DER FAMILIE.:

Blutgerinnung, Herz-Kreislauf, Blutdruck, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechsel
Schilddrüse, Allergien, Osteoporose, Thrombose,
Schlaganfall _____

KREBSERKRANKUNGEN i.Fam. (ORGAN) bei: _____

LETZTE GYN.UNTERS. (=Vorsorge i.Monat/Jahr): ___ / ___ b. Dr. _____

LETZTE MAMMOGRAFIE (i.Mo./J.): ___ / ___ b. Dr. _____

LETZTE DARMSPIEGELUNG (i.Mo./J.): ___ / ___ b. Dr. _____

Mitglied einer gesetzlichen Krankenk.: d.Pflichtvers. / d.freiwillige Vers.

bei stationärer Behandlung private Zusatzvers. vorhanden: ja / nein

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Ihr Praxis Team