

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Tel: (Privat) _____ Tel: (Mobile) _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Hausarzt: _____

Alter bei der 1. Periodenblutung? _____ Periode regelmäßig? Ja Nein

Dauer der Periodenblutung? _____ Abstand zwischen den Perioden? _____ Tage

Anzahl der Geburten? _____ Wann? _____ Anzahl der Fehlgeburten? _____

Entbindung? Normal Kaiserschnitt

Verhüten Sie? Ja Nein Wenn Ja, wie? _____

Haben Sie früher mit einer Spirale verhütet? Ja Nein Gebärmutterhalskrebs-Impfung?
Ja Nein

Hatten Sie Entzündungen im Bauchraum? Ja Nein

Sind Sie schon einmal operiert worden? Ja Nein

Wenn Ja, wann und welche Operation(en)? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn Ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Trinken Sie Kaffee? Ja Nein Wenn Ja, wie viele Tassen am Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? regelmäßig gelegentlich keinen

Haben Sie eine Allergie? Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Wenn Ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Venenthrombose | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Endometriose | |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Lebertumor | <input type="checkbox"/> Migräne mit Aura | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrank. | <input type="checkbox"/> Migräne ohne Aura | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | | | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung, wenn Ja, welche? _____ | | | |

Bestrahlung? Ja Nein Chemotherapie? Ja Nein

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes mellitus
 Krebserkrankung, wenn Ja, welche und bei Wem? _____

Datum, Unterschrift

Patient Data Sheet

Surname: _____ First Name: _____ Date of birth: _____

Address: _____

Phone: (Privat) _____ Phone: (Mobil) _____ E-Mail: _____

Profession: _____ Family doctor: _____

Age of the first menstruation? _____ Is the menstruation regular? Yes No

Duration of period? _____ Interval between the menstruation? _____ days

Number of pregnancies? _____ When? _____ Number of abortions _____

Childbirth? Normal Caesarean

Contraception? Yes No If yes, how? _____

Have you formerly prevented conception by coil? Yes No HPV vaccination received? Yes No

Have you had inflammation of the abdomen? Yes No

Have you already had any surgeries? Yes No

If yes, when and what kind of surgeries? _____

Are you smoking? Yes No If yes, how many cigarettes/day? _____

Do you drink coffee? Yes No If yes, how many cups/day? _____

Do you drink alcohol? Regularly Occasionally None

Are you known to have any allergies? Yes No If yes, what kind? _____

Do you regularly take any medicine? Yes No If yes, what kind? _____

Do you have or had one of the following diseases?

- | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coagulopathy | <input type="checkbox"/> Dyslipidemia | <input type="checkbox"/> Bronchial asthma | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Vein thrombosis | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Pulmonary embolism | <input type="checkbox"/> Hepatic dysfunction | <input type="checkbox"/> Endometriosis | |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Hepatic tumor | <input type="checkbox"/> Migraine with aura | |
| <input type="checkbox"/> Heart attack | <input type="checkbox"/> Thyroid disease. | <input type="checkbox"/> Migraine without aura | |
| <input type="checkbox"/> Stroke | | | |
| <input type="checkbox"/> Cancer, what kind? _____ | | | |

Radiotherapy? Yes No Chemotherapy? Yes No

Did any of the following diseases occur to your relatives?

- Hypertension Thrombosis Heart attack Apoplexy Diabetes mellitus
 Cancer, what kind? _____

Date: _____ Signature: _____