

**Liebe Patientin,**

**wurden Sie gegen Gebärmutterhalskrebs/ HPV geimpft?**

***O Ja***

***O Nein***

***O Ich weiß es nicht***

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Festnetz

Mobil

Email  
(bitte deutlich)

Beruf

Familienstand

Versicherung  
(Zusatzversicherung)

Größe

cm

Gewicht

kg

Hausarzt

**Alter der ersten Periode**

**Alter der letzten Periode**

**Hatten Sie Fehlgeburten oder Abbrüche der Schwangerschaft?**

Nein     Ja, wieviele und wann?

**Art der Verhütung**

(z.B. Pille, Spirale, Mirena)

**Hormonersatztherapie?**

Nein

Ja, welche

**Haben Sie Kinder?**

|   | Geburtsjahr | Geburtsgewicht | Geschlecht<br>m/w | Geburtsmodus<br>(spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke) |
|---|-------------|----------------|-------------------|--|
| 1 |             |                |                   |  |
| 2 |             |                |                   |  |
| 3 |             |                |                   |  |

**Sind bei Ihnen Erkrankungen oder Allergien bekannt?**

(z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen?)

---

---

---

**Sind Sie operiert worden?**

Nein     Ja, welche

---

---

---

**Gab es in Ihrer Familie Erkrankungen?**

(z. B. Brustkrebs, Eierstockkrebs, Darmkrebs, Gerinnungsstörungen, Schlaganfälle)

---

---

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

Nein     Ja, welche

---

---

**Rauchen Sie?**

Nein     Ja, wieviel

---

---

**Hatten Sie bereits eine Mammographie?**

Nein     Ja, wann

---

---

**Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung?**

Nein     Ja, wann

---

---

**Wann und wo wurde die letzte Krebsvorsorge durchgeführt?**

---

---

Bad Soden,

Unterschrift