

## Gynäkologie

### Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Patientin

\_\_\_\_\_  
Geb. am

\_\_\_\_\_  
Wohnort (Straße, Postleitzahl, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Hausarzt/ Hausärztin

\_\_\_\_\_  
Email

### Allgemeine Angaben

\_\_\_\_\_  
Grund des Besuches

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja, folgende \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucherin?

Nein

Ja \_\_\_\_\_ Zigaretten/ Tag

Leiden Sie unter Allergien/Unverträglichkeiten?

Nein

Ja, folgende \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihnen eine Impfung  
gegen Gebärmutterhalskrebs vor?

Nein

Ja, Datum \_\_\_\_\_

#### Angaben zum Zyklus:

Erste Menstruation mit \_\_\_\_\_ Jahren

keine Menstruation mehr seit \_\_\_\_\_ Jahren

Ist/war Ihre Menstruation regelmäßig?

Nein

Ja, alle \_\_\_\_\_ Tage

## Gynäkologische Angaben

Datum Ihrer letzten gynäkologischen Untersuchung/Krebsvorsorge: \_\_\_\_\_

Gab es bei Ihrer letzten gynäkologischen Untersuchung Auffälligkeiten?  Nein  Ja

Gibt es gynäkologische Erkrankungen der Brust?  Nein  Ja

Geburten Anzahl \_\_\_\_\_ Davon Kaiserschnitt \_\_\_\_\_ Davon mit Zange/Saugglocke \_\_\_\_\_

Fehlgeburten Anzahl \_\_\_\_\_ Davon Abbrüche \_\_\_\_\_ Davon Eileiterschwangerschaft \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft(en)/Geburt(en)?  Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

Wie verhüten Sie derzeit? \_\_\_\_\_

## Allgemeine Erkrankungen

Eigene Erkrankungen  Nein  Ja

Wenn ja, nennen Sie bitte auch nicht-gynäkologische Erkrankungen (z. B. Unterleib, Geschlechtserkrankungen, Blutdruck, Diabetes, Migräne, Schilddrüse, Herz, Schlaganfall, Krebs, Gerinnungsstörungen/Thrombose/Embolie, Epilepsie, Depressionen, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Nieren, Infektionen z. B. Hepatitis, HIV, oder andere)

Gab es in der Vergangenheit Operationen?  Nein  Ja

Falls ja, wann/was/ggf. welches Krankenhaus?

(z.B. Blinddarm, Leistenbruch, Galle, Schilddrüse, Brust, Magen/Darm, Genitalbereich, kosmetische Operationen)

hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin  
bzw. aller gesetzlicher Vertreter

