

Nachname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Telefonnummer: _____

Grund für den Arztbesuch:

- Vorsorge
- Schwangerschaft
- Pränataluntersuchung
- Verhütung
- Beschwerden

Größe: _____

Gewicht: _____

Erste Menstruation (Alter): _____

Letzte Regel: _____

Anzahl der Schwangerschaften: _____

- regelmäßiger Verlauf
- unregelmäßiger Verlauf

Entbindungen (Datum/Geschlecht):

Abbruch:

Eileiterschwangerschaft:

Erkrankungen oder Beschwerden (Unterbauch, Brust, Bluthochdruck, Schilddrüse, Gelbsucht, Kreislauf-Probleme, Drogen, Alkohol, Herz, Nieren, Gallenblase, sexuell übertragbare Krankheiten, psychische Probleme, etc.)

Hatten Sie im Unterbauch einmal eine Operation?

Nehmen Sie Verhütungsmittel ein?

Ja seit _____

Nein

Tragen Sie eine Spirale?

Ja seit _____

Nein

Benutzen Sie natürliche Verhütungsmittel(Kondome, Temperaturmethode usw.)?

Ja Nein

Nehmen Sie Hormone?

Ja seit _____

Nein

Nehmen Sie andere Medikamente ein?

Ja seit _____

Nein

Haben Sie Allergien?

Ja gegen _____

Nein

Rauchen Sie?

Ja Wie viele Zigaretten? _____/Tag

Nein

Krankheiten in der Familie:

(Unterbauch, Brust, Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt usw.)

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung?

Wer ist Ihr Hausarzt?
