

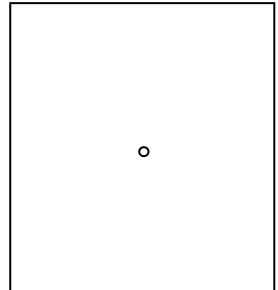
bitte beantworten Sie zur Vorbereitung unseres Gespräches
 die folgenden Fragen **vollständig und wahrheitsgemäß**.

Telefon privat: _____	e- Mail: _____
------------------------------	-----------------------

Hausarzt: _____

FA f. Gynäkologie: _____

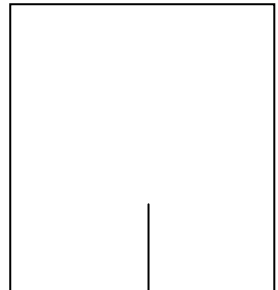
Andere FÄ: _____



Beruf/Tätigkeit (bei Rentnern ehemaliger Beruf): _____

Im Betrieb: _____

Rentner seit: _____ Raucher: _____ Anzahl: _____ Exraucher seit: _____ Jahren



Letzter Frauenarztbesuch: _____ Pilleneinnahme: _____ Geburten: _____ Periodenende im Alter : _____

Urologische Vorbehandlung ambulant/ stationär: _____

bek. Allergien – z.B. Pflanzen, Medikamente, Kontrastmittel? Ja: _____

Rezeptvollmacht erteilt für: _____

Medikamente: Name und Wirkstärke	morgens	mittags	abends

⇒ **Bitte wenden!**

Liegen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen vor?

- Diabetes seit: _____
- Bluthochdruck seit: _____
- Herzerkrankung Angina pectoris seit: _____
 Herzinfarkt seit: _____
 Bypass-OP / Stent-OP seit: _____
 Schrittmacher seit: _____
 Rhythmusstörungen seit: _____
- Schlaganfall Jahr: _____ Restschäden: _____
- Gefäßerkrankungen/Gefäßprothesen seit: _____
- Schilddrüsenfunktionsstörung seit: _____
- Blutungsneigung beim Zähneziehen, häufige blaue Flecke, häufiges Nasenbluten seit: _____
- Lungenerkrankung seit: _____
- Grüner Star/ Glaukom seit: _____
- Sonstige Erkrankungen (z.B.: stattgehabte Thrombose, Lungenembolie):

Krebserkrankungen in der blutsverwandten Familie: _____

Wichtige Operationen in chronologischer Reihenfolge:

Welche OP?	Welche Klinik?	Wann?

Bestrahlung (was und wann): _____

Chemotherapie (wofür und wann): _____

Darmspiegelung (wo und wann): _____

Hautkrebsvorsorge (wo und wann) _____

Bitte teilen Sie uns Veränderungen bezüglich der hier gemachten Angaben freundlicherweise mit.

Unterschrift:

Datum: