

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen.

Deshalb bitten wir Sie, diesen Gesundheitsbogen sorgfältig auszufüllen damit wir uns ein besseres Bild von Ihrer Krankheitsgeschichte machen und Ihre Therapie genau auf Sie abstimmen können.

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

1. Leiden Sie an Erkrankungen?

- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Nierenerkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Migräne (mit Aura | ohne Aura)
- Sonstige: _____

2. Wurden Sie schon einmal operiert?

- ja nein

Wann/ was? _____

3. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

4. Wenden Sie ein Verhütungsmittel an?

Welches? _____ seit: _____

Zykluslänge: _____ letzte Periode: _____

5. Kommen in Ihrer Familie schwerwiegende und/ oder Krebserkrankungen vor?

- ja nein

Bei wem, welche? _____

Daten Krankenversicherung

Wie sind Sie krankenversichert?

- gesetzlich privat

Name der Krankenversicherung

Anschrift des Hauptversicherten oder einer abweichenden Rechnungsadresse:

Sind Sie beihilfeberechtigt?

- ja nein

6. Leiden Sie an Allergien? ja nein

Welche? _____

7. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

- ich bin Nichtraucherin ____ Zigaretten/ Tag

8. Haben Sie Kinder geboren? nein

Jahr: _____ vaginal Kaiserschnitt

Jahr: _____ vaginal Kaiserschnitt

Jahr: _____ vaginal Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt oder im Wochenbett? Wenn ja, welche?

9. Wurde bei Ihnen oder einem/ einer nahen Verwandten eine Thrombose/ Embolie festgestellt?

- ja, bei wem: _____ nein

10. Wurden Sie gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft?

ja, mit folgendem Impfstoff: _____

nein, nicht vollständig nein, gar nicht

11. Hatten Sie bereits eine

Mammographie zuletzt im Jahr: _____

Darmspiegelung zuletzt im Jahr: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____