

# Allgemeine Patientendaten

Name/Patient \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. und/oder Handy Nr. \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. Beruflich \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

(Ausgeübter) Beruf \_\_\_\_\_

Körpergewicht \_\_\_\_ kg(Änderungen? \_\_\_\_ ) Körpergröße: \_\_\_\_ cm

Rauchen Sie?  Nein, seit \_\_\_\_\_  Ja, \_\_\_\_ Zigaretten/Tag, seit \_\_\_\_ Jahren

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag?

Welche aktuellen Beschwerden bestehen?

Welche Erkrankungen sind aktuell bekannt bzw. bestanden bei Ihnen in der Vergangenheit?  
 Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? (bitte jeweils mit Jahresangaben)

Welche Medikamente nehmen Sie ein (in welcher Dosierung)?

Allergien?

## **Nur für Frauen:**

Alter bei der ersten Monatsblutung? \_\_\_\_\_ Jahre

Besteht der Zyklus noch?  Ja  Nein, nicht mehr seit \_\_\_\_ Lebensalter

Ist/war der Zyklus immer regelmäßig, mit normaler Blutungsstärke und -dauer?  Ja

Nein, auffällig war: \_\_\_\_\_

Anzahl und Jahr von Schwangerschaften oder Fehlgeburten?

Wann war der 1. Tag der letzten Blutung? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormone (die "Pille" oder Hormone in den Wechseljahren)?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Ihr Überweisungsarzt bekommt einen Arztbrief Einverstanden:  Ja  Nein

Wollen Sie Befunde ggf. per E-Mail zugesandt haben? Einverstanden:  Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und dienen nur unserer Information.  
 Ich bin mir bewusst, dass ich eine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Vielen Dank