

Dein erster Besuch beim Frauenarzt

Adresse Patient:

_____ Name des Versicherten	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße/Hausnummer	_____ PLZ/Wohnort	
_____ Telefonnummer	_____ Versicherung	
_____ Beruf/Ausbildung	_____ Arbeitgeber	
Wer ist dein Hausarzt? _____		

Adresse Hauptversicherter: (Bitte nur bei Familienversicherung angeben)

_____ Name des Haupt- versicherten	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße/Hausnummer	_____ PLZ/Wohnort	

Deine Regelblutung:

Zeitpunkt der aller ersten Periode: Monat _____ Jahr _____

Zeitpunkt der letzten Periode: Tag/Monat/Jahr _____

Dauer der Periode (durchschnittlich) : Tage _____

Abstand zwischen 2 Blutungen (durchschnittlich): Tage _____

Blutungsstärke: stark leicht schwach

Blutungsbeschwerden:

Schmerzhafte Blutung:	stark	leicht	gar nicht
Brustspannen:	stark	leicht	gar nicht
Blähbauch:	stark	leicht	gar nicht
Kopfschmerzen:	stark	leicht	gar nicht

Krankheiten:

Sind bestimmte Krankheiten innerhalb deines engeren Familienkreises aufgetreten?
(z.B. Thrombose, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, usw.)

Welche Krankheiten hattest/hast du? (z.B. Thrombose, Bluthochdruck, Röteln, Lebererkrankungen, Migräne, Akne, Asthma, Epilepsie, Depression, Allergien)

Nimmst du regelmäßig Medikamente (wenn ja, welche?)

Rauchst du? (wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?) _____

Sind alle Impfungen vollständig? _____

Ist die HPV Impfung (Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt worden, wenn ja, wann?

Gewicht _____

Körpergröße _____