

# Anmeldungszeitel

## Adresse Patient:

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

## Adresse Hauptversicherter: (Bitte nur bei Familienversicherung angeben)

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

Alter bei der aller ersten Periode? \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

Letzte Periode? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder geboren? \_\_\_\_\_ Geburtsjahre \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Kaiserschnitt? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Fehlgeburten? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?

---

---

Hatten Sie Unterleibs- und Brustoperationen, wenn ja wann und welche?

---

---

Sind chronische Erkrankungen bekannt (z.B. Diabetes, Nervenleide, Galleerkrankung, Schilddrüsenerkrankung, andere Operationen, usw.?)

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

---

---

Sind alle Impfungen vollständig?

---

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

---