Nachname:	Geburtsname:
Vorname:	Geb.-Datum:
Adresse:	
Tel.:	E-Mail:
Beruf:	Staatsangehörigkeit:

CTK-Poliklinik
WIR GEBEN MENSCHEN ZUKUNFT

Frauenärztin/arzt:	Hausärztin / Hausarzt:
Größe: cm	Gewicht: kg
Erste Regelblutung: Letzte Regelblutung: Regelabstand: Schwangerschafteninsgesamt: *Mit Fehlgeburten & Abbrüchen*	Besonderheit bei Geburten: *z.B. Blutung, Dammschnitt, Dammriss, Notfallgebärmutterentfernung* Vaginale Geburt □ Anzahl: Kaiserschnitt □ Anzahl: Zangengeburt □ Anzahl: Saugglocke □ Anzahl:
Wechseljahre seit:	Letzte Mammographie:
Letzte gynäkologische Untersuchung:	Letzter Vorsorgeabstrich (PAP):
Gynäkologische Vorerkrankungen oder Operationen:	
Nicht gynäkologische Erkrankungen: *(z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüse, etc.)*	
Welche anderen Operativen wurden bei Ihnen durchgeführt?	
Krebserkrankungen in der Familie:	
Allergien *(z.B. Medikamente, Antibiotika, Jod, Latex, Lokalanästhesie):*	
Zigaretten: Anzahl pro Tag:	Alkohol:
Ansteckende Erkrankungen: Hepatitis, HIV, TBC	
Verhütung: □ ja □ nein	Besteht prinzipiell Kinderwunsch: □ ja □ nein
Vermuten Sie eine Schwangerschaft:	Hormonersatztherapie in den Wechseljahren:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche:	
Von einer Skala von 1 -10 wie sehr fühlen Sie sich durch die Beschwerden belastet 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Keine Belastung schwere Belastung	
Ort, Datum Unterschrift der Patientin Dieses Dokument ist in digitaler Form in der Patient*innen Akte hinterlegt	