

Allgemeine Patientendaten Frauen

Nummer: FO-14232 Gültig ab: Gültig ab

Allgemeine Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

Name/ Anschrift des Hausarztes:

Persönliche Daten

Körpergewicht: _____ kg (Änderungen? _____) Körpergröße: _____ cm

Rauchen Sie? Nie geraucht Nichtraucher seit: _____
 Ja, _____ Zigaretten / Tag, seit _____ Jahren

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Operationen? Allergien?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Besteht der Zyklus noch? Ja Nein, nicht mehr seit _____ Jahren

Ist/war der Zyklus regelmäßig mit normaler Blutungsstärke und – dauer?
 Ja Nein, auffällig war: _____

Anzahl und Jahr von Schwangerschaften und Fehlgeburten:

An welchem Zyklustag sind Sie heute (gezählt ab dem ersten Tag der letzten Blutung)? _____ Tag.

Nehmen Sie Hormone (die „Pille“ oder Hormone in den Wechseljahren)?
 Nein Ja, wenn ja welche: _____

Alle Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und dienen nur unserer Information.

Vielen Dank

Datum

Unterschrift des Patienten