



ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

Verwandtschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten)

allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm):

Datum	Art des Eingriffs

gynäkologische Operationen:

Datum	Art des Eingriffs

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Dosis	seit

Allergische Reaktion auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):

nein

ja, auf: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Konsum von:

(ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

Geburten:

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche / Eileiterschwangerschaften:

Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter-Schwangerschaft/Seite (rechts, links angeben)

Haben Sie derzeit Probleme im Sexualleben?

nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:

Methoden: Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondom etc.

Methode	von	bis

Sonstiges:

---

---

---

---

Versichert? Selbstzahler \_\_\_\_\_ Privat/Zusatzversichert \_\_\_\_\_

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.