



PATIENTENDATEN

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geb. Datum: _____ Telefon: _____

Handy: _____

ANAMNESE

Menarche: _____ 1. T. d. letzten Periode: _____

Zyklusdauer: _____ Blutungsdauer: _____

Operationen: _____

Schwangerschaften: NEIN JA
wenn ja, wann/wie viele?

Geburten: NEIN JA spontan per sectio

Fehlgeburten: NEIN JA

ERKRANKUNGEN

Asthma Diabetes Schilddrüse Bluthochdruck

Andere _____

Allergien NEIN JA

wenn ja, welche: _____

Nikotin NEIN JA

wenn ja, wie viel _____

Alkohol NEIN JA

wenn ja, wie viel _____

FAMILIENANAMNESE

Krebsleiden	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>	Thrombosen	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Lungenembolien	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>	Bluthochdruck	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Schlaganfall	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>	Diabetes	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Rheuma	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>			

Datum: _____ Unterschrift der Patientin: _____