

Liebe Patientin,

gibt es eine Änderung Ihrer Personalien? Falls ja, bitte notieren Sie die aktuellen Daten

Notieren Sie uns auf jeden Fall Ihre aktuelle

Telefon-/ Handy-Nr.: _____

Wir benötigen zu jeder Untersuchung folgende Angaben:

Letzte Periode _____ Aktuelle Verhütung o. Hormone? _____

Haben Sie Beschwerden
beim Wasserlassen? ☐ Ja ☐ Nein Ausfluss? ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen unregelmäßige Blutungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wurden Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, mit welchem Impfstoff? ☐ Gardasil ☐ Cervarix

Wurde bei Ihnen bereits ein HPV-Test durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchem Jahr wurde dieser durchgeführt? _____

Wenn ja, welches Ergebnis ergab dieser? ☐ positiv ☐ negativ

Wann wurde Ihre letzte Krebsfrüherkennung durchgeführt? Bitte Angabe der Jahreszahl!

Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, in welchem Jahr
zuletzt? _____ Sonstiges: _____

Wurde bei Ihnen bereits eine Mammographie durchgeführt? Wenn ja, in welchem Jahr
zuletzt? _____ Sonstiges: _____

Möchten Sie jährlich von uns an die Vorsorge erinnert werden?
☐ Ja ☐ Nein

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die o. g. Angaben:

Datum

Unterschrift Patientin