



Sehr geehrte Patientin,

heute stellen Sie sich bei uns zum ersten Mal in der Dysplasie-Sprechstunde vor. Sicherlich haben Sie sehr viele Fragen an uns. Damit wir diese auch alle mit Ihnen besprechen können, möchten wir Sie bitten, uns zuvor einige Fragen zu beantworten.

Bitte halten Sie alle relevanten Befunde vor Beginn der Untersuchung bereit!

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel.-Nr./Handy-Nr. \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Frauenarzt \_\_\_\_\_

In dieser Sprechstunde stelle ich mich vor wegen \_\_\_\_\_

Meine erste Monatsblutung hatte ich im Alter von \_\_\_\_\_ Meine letzte Monatsblutung war am \_\_\_\_\_

Die Abstände zwischen den Blutungen betragen \_\_\_\_\_ Wochen.

Ich verhüte mit folgender Methode/folgendem Präparat: \_\_\_\_\_

Ich nehme folgendes Hormonersatzpräparat ein: \_\_\_\_\_

Den ersten Geschlechtsverkehr hatte ich im Alter von \_\_\_\_\_

Ich habe \_\_\_\_\_ Kinder geboren. Ich rauche  Ja  Nein

davon \_\_\_\_\_ Kinder auf dem „normalen“ Weg Anzahl Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_

davon \_\_\_\_\_ Kinder durch Saugglocke oder Zange Ich habe eine HPV-Impfung  Ja  Nein

davon \_\_\_\_\_ Kinder durch Kaiserschnitt Impfung vor dem ersten GV  Ja  Nein

Ich habe \_\_\_\_\_ Kinder in der Schwangerschaft verloren/abgetrieben.

Ich war oder bin bei meinem Frauenarzt wegen folgender Erkrankungen in Behandlung: \_\_\_\_\_

Ich war oder bin bei meinem Haus- oder anderen Arzt wegen folgender Erkrankungen in Behandlung: \_\_\_\_\_

Ich bin operiert worden: \_\_\_\_\_

Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig oder häufig ein: \_\_\_\_\_

Ich habe folgende Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

In meiner Familie bestehen folgende Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_