

Gynäkologie / Geburtshilfe: Gesundheitsangaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Datum Konsultation

1. Operationen

Jahr

Art der OP

Spital

2. Geburten und Stillen

Jahr

Geburt (Spontangeburt, Vakuum, Kaiserschnitt / Gewicht / Geschlecht)

Spital

1

3. Medikamentenliste

Name	Dosis	Mo	Mi	Ab	Na

4. Weitere Angaben

Menstruationszyklus
(Länge, Blutungsdauer)

Verhütung

Menarche
(Alter zu Beginn Menstruation)

Menopause
(Alterszeitpunkt letzte Menstruation)

Nikotin
(Anzahl Rauchjahre / Anzahl Zigaretten pro Tag)

Alkohol (Wein, Bier, Drink)
(Anzahl dl pro Woche)

/

Allergien
(z.B. auf Medikamente mit
Symptomen und Reaktionen)

5. Krankheitsangaben aus der Familie

(Eltern, Grosseltern, Kinder, Enkel, Tante, Onkel)

Krebsleiden
Organ

Familienmitglied
1./2. Generation

Alter
> 50 / < 50 Lebensjahre

Elternseite
Mutter / Vater

Krebsleiden Organ	Familienmitglied 1./2. Generation	Alter > 50 / < 50 Lebensjahre	Elternseite Mutter / Vater

2

6. Bemerkungen

Wir danken Ihnen, dass Sie sich für die Sprechstunde mit ihren Angaben vorbereiten.