

Dr. med. Claudia Mlynek-Luhr^o und Jochen Zieriacks*
 Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe^{o*}, Akupunktur^{o*}, Naturheilverfahren^o,
 Psychotherapie^o, Präventionsmedizin^o, Kinder-u. Jugendgynäkologie*
 Bergisch Gladbacher Straße 408, 51067 Köln, Telefon: 0221 631619, www.vital-gyn.de

Name		Vorname	
Geb.Datum		Beruf	
e-mail		Familienstand	
PLZ, Ort		Straße	
Telefon		Mobil	

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?	
Wie alt waren Sie bei Ihrer allerletzten Regelblutung?	
Ist der Zyklus regelmäßig?	Alle Tage, Menstruationsdauer:
Haben Sie körperliche oder psychische Beschwerden <i>bei</i> oder <i>vor</i> der Regel?	

Welche Verhütungsmethoden wenden Sie an?	
Nehmen Sie die Pille oder andere Hormone? Namen:	
Sind Sie gegen HPV geimpft?	

Besteht Kinderwunsch? Seit wann / ab wann etwa?	
--	--

Haben Sie Wechseljahrsbeschwerden? Wenn ja: welche?	
---	--

Geburten:

Geb.-Jahr	Geschlecht	Normale Geburt/Saugglocke/Zange/Kaiserschnitt	Besonderheiten	Klinik

Bitte wenden!

Dr. med. Claudia Mlynek-Luhr^o und Jochen Zieriacks*
 Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe^{o*}, Akupunktur^{o*}, Naturheilverfahren^o,
 Psychotherapie^o, Präventionsmedizin^o, Kinder-u. Jugendgynäkologie*
 Bergisch Gladbacher Straße 408, 51067 Köln, Telefon: 0221 631619, www.vital-gyn.de

Anzahl und Jahr von Fehlgeburten /Schwangerschaftsabbrüchen	
---	--

Gynäkologische Operationen (Brust/Unterleib)

Jahr	Art und Grund der Operation	Klinik

Sonstige Operationen (Blinddarm, Gallenblase usw.)

Jahr	Art und Grund der Operation	Klinik

Haben Sie schwerere Erkrankungen /gehabt?*)

<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/>	Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>	Infektionen
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Allergien
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen	und:	

Kommen in Ihrer Familie schwerere Erkrankungen vor?*)

<input type="checkbox"/>	Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	Unterleibskrebs	<input type="checkbox"/>	Thrombose/Embolie
<input type="checkbox"/>	Darmkrebs	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	Andere Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Erbkrankheiten
<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	und:	

zu *) Zutreffendes bitte ankreuzen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche ?	
--	--

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	
--------------------------------	--

Wie sind Sie auf diese Praxis aufmerksam geworden? Wenn über das Internet, über welche Seite?	
---	--

Länge: cm Gewicht: kg Hausarzt/ Hausärztin: