

# PATIENTENBOGEN

Dr. med.  
**Sheila  
de Liz**  
Medizin feminin



## PERSÖNLICHE DATEN

NAME ..... VORNAME .....

GEBURTSDATUM ..... GEBURTSORT .....

STRASSE + HAUS-NR. .... PLZ, WOHNORT .....

TELEFONNUMMER / MOBILNUMMER ..... E-MAIL .....

KRANKENKASSE ..... NAME DES HAUPTVERSICHERTEN .....

BERUF ..... ARBEITGEBER .....

INSTAGRAM- / FACEBOOK-ADRESSE .....

## DATEN ZUR KRANKHEITSVORGESCHICHTE

JAHR DER LETZTEN KREBSVORSORGE ..... ALTER BEI DER ERSTEN MONATSBLUTUNG .....

LETZTE MONATSBLUTUNG (DATUM) .....

GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN ..... WANN .....

SONSTIGE OPERATIONEN ..... WANN .....

GEBURTEN ..... GEBURTSJAHR .....

FEHLGEBURTEN ..... WANN .....

VERHÜTUNGSMITTEL ..... WELCHE .....

EINNAME VON HORMONEN ..... WELCHE .....

SONSTIGE MEDIKAMENTE .....

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN .....

FAMILIENANAMNESE .....

BEKANNTE ALLERGIEN .....

RÖTHELIMPFUNG  JA  NEIN

GARDASILIMPFUNG (HPV)  JA  NEIN

MAMMOGRAPHIE ..... WANN .....

DARMSPIEGELUNG ..... WANN .....

