

Name:  
*Name*

Tel.Nr.:  
*Phone N°*

Adresse (Straße,PLZ,Ort):  
*Address (Street, Code, loc.):*

Gesundheitskasse:  
*Insurance*

Email:  
*Email*

Größe:  
*Height*

Geburtsdatum:  
*Birthday Date*

Gewicht:  
*Weight*

Seit wann wohnen Sie in Berlin und aus welchem Land kommen Sie?  
*Since when do you live in Berlin and from which country do you come?*

Beziehungsstatus (in Beziehung, Partnerschaft)  
*Relationship status (in relationship, partnership)*

Wo arbeiten Sie zur Zeit?  
*Where do you currently work?*

Beruf:  
*Profession*

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  
*How did you hear about us?*

Ernährungsform: vegetarisch, vegan, Rohkost, usw?  
*Nutritional form: vegetarian, vegan, raw food, etc?*

Wann hatten Sie Ihre letzte Periode?  
*When did you have your last period?*

Waren Sie schon mal Schwanger? Wenn ja; wie oft und in welchem Jahr entbunden?  
*Have you ever been pregnant? If yes; how often and in which year did you give birth?*

Hatten sie schon mal Fehlgeburten oder Abbrüche? Bitte angeben in welchem Jahr und welche Schwangerschaftswoche.  
*Have you ever had miscarriages or abortions? Please specify in which year and which week of pregnancy.*

Mit wie vielen Jahren haben Sie Ihre Periode bekommen?  
*At how many years old did you get your period?*

Regelmäßig?  
*Regularly?*

Wie lange dauert sie an?  
*How long does it last?*

Schmerzen?  
*Pain?*

Wurden Sie bereits operiert?  
*Have you already had surgery?*

Wenn ja; Wann, Wo?  
*If yes; When, Where?*

Haben Sie Befunde?  
*Do you have reports?*

Bestehen chronische Erkrankungen?  
*Are there any chronic diseases?*

Nehmen Sie Medikamente ein?  
*Are you taking any medications?*

Wie verhüten Sie zur Zeit (Pille, Nuvaring, usw.)?  
*How are you currently using contraception (pill, nuvaring, etc.)?*

Seit wann?  
*Since when?*

Oder seit wann abgesetzt?  
*Or since when discontinued?*

Bestehen Allergien?  
*Are there any allergies?*

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie chronische Erkrankungen oder Krebs?  
(z.B. Thrombose, Herzinfarkt oder Schlaganfall)  
*Do you or your family have any chronic diseases or cancer?*  
*(e.g. thrombosis, heart attack or stroke)*

Rauchen Sie und wenn ja wie viel täglich?  
*Do you smoke and if so how much daily?*

Besitzen Sie einen Impfpass?  
*Do you have a vaccination book?*

Was wurde zuletzt geimpft?  
*What was the last vaccination?*

Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorge und bei welchem Frauenarzt?  
*When was your last gynecological check-up and with which gynecologist?*

Aus welchem Grund sind Sie hier?  
*For what reason are you here?*

Wenn Sie über **RECALL** für die nächste Untersuchung benachrichtigt werden wollen, dann kreuzen Sie bitte **JA** dann bitte hier unterschreiben.

*If you would like to be notified via RECALL for the next exam,  
please check YES then please sign here.*