

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.*