



Haben Sie Kinder? Wenn ja wie viele, Geschlecht, Geburtsjahr und wie entbunden (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)?

Aktuelle Beschwerden:

Ausfluss Kontaktblutungen Regelschmerzen Schmerzen Juckreiz

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

An welchen Vorerkrankungen leiden Sie?

HPV- Impfung erfolgt? ja / nein

wenn ja in welchem Alter _____ und welche Impfung? _____

Welche Krebserkrankungen gibt es in Ihrer Familie?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe,

Ihre Dysplasie-Sprechstunde Soest-Paradiese