

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir Sie besser kennenlernen, möchte wir Sie bitten folgende Fragen zu beantworten. Bitte bestätigen Sie am Ende des Dokuments durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Gewicht: _____ Größe: _____

Alter bei der ersten Regelblutung: _____ **1. Tag der letzten Regelblutung:** _____

Ist ihre Regelblutung schwach normal stark unregelmäßig schmerzhaft ? Dauer: _____ Zykluslänge: _____

Verhüten Sie? ja nein Kondom Spirale welche? _____ Ring Pille welche? _____

Rauchen Sie? ja nein aufgehört Wenn ja, wieviel am Tag? _____ Seit wann? _____

Treiben Sie Sport? ja nein Wenn ja, wieviel pro Woche? _____

Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Präparate ein? ja nein Wenn ja, welche? _____

Gynäkologische Operationen? _____

Allgemeine Operationen? _____

Anzahl Geburten _____ davon _____ Kaiserschnitte _____ Zange/Saugglocke _____ Komplikationen _____

Anzahl Fehlgeburten _____ Abbrüche _____ Eileiterschwangerschaften _____ links rechts

Besteht derzeit eine Schwangerschaft oder vermuten Sie schwanger zu sein? ja nein

Haben oder hatten Sie einer der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> HIV / Hepatitis | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> sonstige _____ | | |

Treten in Ihrer Verwandtschaft (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Unterleibskrebs | <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> andere Krebserkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten welche? _____ | | | | |

Wann war Ihre letzte Untersuchung beim Frauenarzt? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? _____

Wann wurde der letzte Ultraschall über die Scheide durchgeführt? _____

Wann wurde die letzte Mammographie oder Brustultraschall durchgeführt? _____

Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung durchführen lassen und wenn ja, wann? _____

Grund Ihres Besuches? Kontrolle Schmerzen anderer Grund wenn ja, welcher _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____