



Sehr geehrte Patientin,
mein Praxisteam und ich begrüßen Sie herzlich in der Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihres Krankheitsbeschwerdebildes und die Behandlung wesentlich sind. Die möglichst genaue Beantwortung liegt daher in Ihrem Interesse. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

● KONTAKTDATEN

Name, Vorname: Geburtsname:
Geburtsdatum: Familienstand:
Anschrift:
Telefon privat: Telefon Arbeit:
E-Mail: Mobiltelefon:
Krankenkasse:
Hausarzt: Telefon Hausarzt:

- Körpergröße in cm: Gewicht in kg:
- Mit welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung? Wann war Ihre letzte reguläre Regelblutung?
- Wie lange dauert Ihr Zyklus? 24 T 26 T 28 T 30 T 32 T unregelmäßig kürzer länger
- Sollten Sie seit längerer Zeit nicht mehr bluten, wann war die letzte reguläre Blutung?
- Haben Sie Kinder geboren? Wenn ja, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt)?
Geburtsjahr: Spontan Kaiserschnitt Saugglocke / Zange
Geburtsjahr: Spontan Kaiserschnitt Saugglocke / Zange
Geburtsjahr: Spontan Kaiserschnitt Saugglocke / Zange
Geburtsjahr: Spontan Kaiserschnitt Saugglocke / Zange
Geburtsjahr: Spontan Kaiserschnitt Saugglocke / Zange
- Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt oder eine Eileiterschwangerschaft? Ja Nein Wann?
- Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch? Ja Nein Wann?
- Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? Ja Nein Wann und welche?
-
- Hatten Sie andere Operation? Ja Nein Wann und welche?
-
- Sind bei Ihnen Allergien/ Medikamentenallergien bekannt? Ja Nein Welche?
-

- Wann war Ihre letzte Untersuchung beim Frauenarzt?
- Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?
- Wann wurde bei Ihnen einen Unterbauchultraschall durchgeführt?
- Wann wurde die letzte Mammographie oder Brustultraschall durchgeführt?
- Falls Verhütung – mit welcher Methode verhüten Sie?
 - Keine Pille Pille name:
 - Kondome
 - Verhütungsstäbchen (Implanon) IUP (Spirale) Hormonspirale IUP (Spirale) Kupferspirale
 - Sterilisation Sterilisation des Partners
- Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? Ja Nein Welche?
-
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein Welche?
-
- Nehmen Sie Hormone ein? Ja Nein Welche und seit wann?
-
- Hatten Sie bereits eine Krebserkrankung? Ja Nein Welche?
- Ist in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten aufgetreten?
 - Brustkrebs Eierstockkrebs Darmkrebs
- Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Embolie? Wenn ja, wann?
- Haben Sie im letzten Jahr mehr als 5 kg abgenommen? Ja Nein
- Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Ja Nein Wann?
- Rauchen Sie oder trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein Wieviel?
- Sind in Ihrer Familie Thrombose, Lungenembolie, Krebs, sonstige Krankheiten aufgetreten?
Wenn ja, welche und welches Familienmitglied? In welchem Alter aufgetreten?
.....
- Gibt es in Ihrer Familie irgendwelche Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien sowohl geistiger als auch körperlicher Art? Wenn ja, wer?
.....
- Grund Ihres Besuches ? Kontrolle Schmerzen anderes Problem

Noch eine abschließende Frage (freiwillig): Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

- von Bekannten Internet Hausarzt zufällig

Datum, Unterschrift

Unterschrift und Stempel der Praxis