

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis! Bitte beantworten Sie in Ruhe die u.g. Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden und die Behandlung wesentlich sind. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Kontaktdaten:

Name: _____, Vorname : _____ geb.: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort) _____

Tel (Privat): _____, Tel (mobil): _____, Tel (geschäftlich): _____

E-Mail: _____, Beruf: _____

Hausarzt: _____

Wann war Ihre letzte Periodenblutung: _____ Wie alt waren Sie bei der 1. Periodenblutung? _____ Jahre

Wie lange dauert Ihr Zyklus?: 24 Tage__ 26 Tage__ 28 Tage__ 30 Tage__ 32 Tage__ unregelmäßig?: ____
länger: _____ kürzer: _____

Wie lange dauert die Blutung? _____ Tage. Haben Sie starke Periodenschmerzen? Ja: ____ nein: ____

Mit welcher Methode verhüten Sie?

Keine: __, Pille, Pille name: _____, Hormonspirale (Mirena, Jaydess, Kyleena): __, Kondom: __,
Kupferspirale: __, Nuvaring: __, Sterilisation des Partners: __, Verhütungsstäbchen (Implanon): __,
Sterilisation: __, 3-Monats-Spritze: __, Verhütungs-Pflaster: __, Sonstige: _____

Nehmen Sie Hormone ein?: Ja: __, Nein: __

Welche und seit wann?: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?: Ja: __, Nein: __,

Welche?: _____

Haben Sie einen Medikamentenplan: Ja: __, Nein: __

Anzahl und Jahre Ihrer Geburten: _____ natürliche Geburt/en: _____ *

_____ Kaiserschnitt/e: _____, * _____ Zange / Saugglocken _____ * *= Geburtsjahr

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?: Ja: __, Nein: __

Falls ja, wann und welche?: _____

Anzahl und Jahre Ihrer Fehlgeburten: _____

Anzahl und Jahre Ihrer Eileiterschwangerschaften: _____ li: __ re: __

Anzahl und Jahre Ihrer Schwangerschaftsabbrüche: _____

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation?: Ja: __, Nein: __

Falls ja, wann und welche?: _____

Hatten Sie andere Operationen? : Ja: __, Nein: __

Falls ja, wann und welche?: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?:

Blutgerinnungsstörung (z.B. Faktor-V-Leiden-Mutation, APC-Resistenz) : Ja: __, Nein: __, Thrombose /

Embolie(z.B. tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, TIA, Angina pectoris)? : Ja: __, Nein: __,

Herzinfarkt / Schlaganfall : Ja: __, Nein: __, Bluthochdruck: Ja: __, Nein: __, Diabetes mellitus: Ja: __,

Nein: __, Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen (Aura): Ja: __, Nein: __, erhöhte Blutfettwerte:

Ja: __, Nein: __, kardiovaskuläre Erkrankung (z.B. Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörungen, KHK,

Herzklappenerkrankung) : Ja: __, Nein: __, HIV: Ja: __, Nein: __, Asthma/COPD: Ja: __, Nein: __,

Erkrankungen, die das Thromboserisiko erhöhen können (z.B. Krebs, syst. Lupus erythematodes, Sichelzellanämie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, hämolyt.- urämisches Syndrom): Ja: __, Nein: __,

Leberfunktionsstörung / Lebertumor: : Ja: __, Nein: __, Hepatitis: : Ja: __, Nein: __, Epilepsie: Ja: __, Nein: __, Schilddrüsenerkrank: Ja: __, Nein: __, Windpocken: Ja: __, Nein: __.

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung: : Ja: __, Nein: __

Wenn Ja, welche und in welchem Erkrankungsjahr? _____

Bestrahlung? : Ja: __, Nein: __, Chemotherapie? : Ja: __, Nein: __.

Leiden Sie an Inkontinenz? : Ja: __, Nein: __

Falls ja: verlieren Sie unkontrolliert Urin z.B. beim Husten, Nießen, Pressen: Ja: __, Nein: __

Haben Sie im Zusammenhang mit Harninkontinenz starken Drang: Ja: __, Nein: __

Haben Sie schon mal unkontrolliert Winde verloren, oder Stuhlschmierer gehabt: Ja: __, Nein: __

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten:

Krebserkrankungen: Ja: __, Nein: __,

wenn ja bei wem und in welchem Alter: _____ Bluthochdruck, Gerinnungsstörungen, Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt oder thrombembolisches Ereignis (s.o.) in einem Alter unter 50 J: Ja: __, Nein: __, Osteoporose: Ja: __, Nein: __.

wenn ja bei wem und in welchem Alter: _____

Diabetes mellitus: Ja: __, Nein: __

Gibt es in Ihrer Familie Formen von Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien geistiger oder körperlicher Art? : Ja: __, Nein: __

Falls ja, was und bei welchem Familienmitglied? _____

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?: Ja: __, Nein: __

Falls ja, welche?: _____

Wurde die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt?: Ja: __, Nein: __

Haben Sie einen Impfpass: ? : Ja: __, Nein: __, Wann war Ihre letzte Impfung: __

Wann war Ihre letzte Untersuchung/Krebsvorsorge beim Frauenarzt?: _____

Wann wurde bei Ihnen der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt? _____

Wann wurde die/der letzte Mammographie/Brustultraschall durchgeführt?: _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung: ? : Ja: __, Nein: __, wenn ja, wann: _____

Rauchen Sie?: Ja: __, Nein: __, Falls ja: wieviel Zigaretten/Tag: __

Trinken Sie regelmäßig Kaffee?: Ja: __, Nein: __ Wenn Ja, wie viele Tassen am Tag? __

Trinken Sie Alkohol?: Nein: __, falls ja: regelmäßig?: __, gelegentlich?: __

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?: Ja: __, Nein: __

Falls ja, welche? _____

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?: Hausarzt: __ zufällig: __ Internet: __

Dürfen wir Sie in unser Recall-System aufnehmen? Ja: __, Nein: __

Falls ja, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten: Telefon: __ Post: __, E-Mail: __

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden?: Ja: __, Nein: __

Wenn ja, auf welchem Wege?: : Post: __ E-Mail: __

Falls nötig, bin ich damit einverstanden, dass Arztberichte an meine behandelnden Ärzte geschickt werden. bei der reinen Vorsorgeuntersuchung wünsche ich keinen Bericht an meinen Hausarzt: Ja: __, Nein: __

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: _____