

Liebe Patientin,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis für Frauenheilkunde begrüßen zu dürfen. Vielen Dank für das uns entgegen gebrachte Vertrauen.

Für eine erfolgreiche Behandlung sind einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand, Vorerkrankungen sowie Operationen für uns wertvoll. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen für uns aus.

Name ..... Geburtsdatum .....

Adresse .....

Telefonnummer ..... E-Mail .....

Beruf ..... Hausärztin/-arzt .....

Krankenkasse .....

**Letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung** ..... /.....**Gewicht** .....

**Letzte Mammographie** ..... **Größe** .....

**Letzte Darmspiegelung**.....

**Haben Sie eine vollständige Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs (HPV Impfung) erhalten?**  Ja  Nein

**In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung?** .....

**Wann war Ihre letzte Regelblutung?** .....

**Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus?**  Ja  Nein

**Haben Sie starke Schmerzen bei der Regelblutung?**  Ja  Nein

**Wie verhüten Sie?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kondom           | <input type="checkbox"/> Pille- Welche?: ..... | <input type="checkbox"/> Verhütungsring |
| <input type="checkbox"/> Zyklusmonitoring | <input type="checkbox"/> Kupfer Spirale        | <input type="checkbox"/> Hormonspirale  |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation    | <input type="checkbox"/> Andere:               | <input type="checkbox"/> gar nicht      |

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?  
.....

**Wurden Sie schon einmal im Bauchraum und / oder an der Brust operiert?**  Ja  Nein  
Wenn ja, welche Operation und wann?  
.....

bitte wenden!

**Haben Sie behandlungsbedürftige Erkrankungen ?**  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

.....

**Leiden Sie an Migräne mit/ohne Aura?**  Ja  Nein

**Sind bei Ihnen Blutgerinnungsstörungen bekannt?**  Ja  Nein

**Haben oder hatten sie eine Tumorerkrankung?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche und wann?.....

**Haben Sie Allergien?**  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

.....

**Haben Sie Kinder?**  Ja  Nein  
Wenn ja, wann und wie geboren?

1 .....  Mädchen  Junge  
2 .....  Mädchen  Junge  
3 .....  Mädchen  Junge

**Gab es Fehlgeburten?**  Ja  nein Wenn ja, wann? .....

**Gab es Eileiterschwangerschaften?**  Ja  Nein Wenn ja, wann? .....

**Gab es Schwangerschaftsabbrüche?**  Ja  Nein Wenn ja, wann? .....

**Gab es Totgeburten?**  Ja  Nein Wenn ja, wann? .....

**Wurde bei Familienmitgliedern Brust-, Eierstocks oder Darmkrebs diagnostiziert?**  Ja  Nein

Wenn ja, bei wem?

.....

**Wurde bei Familienmitgliedern oder bei Ihnen in der Vorgeschichte eine Thrombose, Herzinfarkt oder Schlaganfall diagnostiziert?**

Ja  Nein

.....  
O bei mir Wenn ja, wann? .....

**Rauchen Sie?**  Ja  Nein Wenn ja, wie viele/Tag? .....

**Anlass Ihres Besuches / Beschwerden:** .....

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.  
Ihr Praxis-Team

Hamburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_