



Frauenärztliche Gemeinschaftspraxis

Name: _____

Telefonnummer: _____

Name der Krankenkasse: _____

Handynummer: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

E-Mail: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Hausarzt: _____

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir haben einige Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, deren genaue Beantwortung uns hilft, Sie besser beraten und betreuen zu können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden Sie an einer der angegebenen **Erkrankungen** und sind Sie deshalb in Behandlung?

- | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Embolie | <input type="radio"/> Migräne |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Gerinnungsstörung | <input type="radio"/> Brustkrebs |
| <input type="radio"/> erhöhte Blutfette | <input type="radio"/> andere bösartige Erkrankungen | | |
| <input type="radio"/> Andere Erkrankungen: _____ | | | |

Medikamenteneinnahme: _____Datum der **letzten Regelblutung:** _____Wann wurde **die letzte Mammographie** durchgeführt / Wo? _____Wann wurde **die letzte Darmspiegelung** durchgeführt? _____

- | | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|------------------|
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | wenn ja, wie viel am Tag: _____ | Seit wann? _____ |
| Alkohol? | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> gelegentlich | |
| Allergien? | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | wenn ja, welche: _____ | |
| Operationen? | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | wenn ja, welche / wann: _____ | |
-

Zahl der Geburten / Jahreszahl: _____

Gibt es in Ihrer Familie **Fälle von Brustkrebs**? Wenn ja, bei wem und wann traten sie auf? _____

Gibt es in Ihrer Familie **Fälle von Eierstockkrebs**? Wenn ja, bei wem und wann traten sie auf? _____

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Thrombose-/ Embolieerkrankungen? _____

Gibt es in Ihrer Familie sonstige Erkrankungen? (z.B. Krebserkrankungen, hoher Blutdruck, Diabetes etc.) _____

Andere **Besonderheiten** / Grund Ihres Besuches: _____
