



Frauenärztliche Gemeinschaftspraxis

Name: _____

Telefonnummer: _____

Name der Krankenkassen: _____

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

Nehmen Sie **Medikamente** ein? _____

Datum der **letzten Regelblutung**: _____ Alter bei der ersten Regelblutung: _____
 Kommt ihre Periode regelmäßig? ja nein

Ihre Periode ist: schmerzhaft stark schwach normal
Verhüten Sie? nein ja Pille Kondom Spirale Ring Präparat: _____
Rauchen Sie? nein ja wenn ja, wie viel am Tag: _____ Seit wann? _____
Alkohol? nein ja gelegentlich
Allergien? nein ja wenn ja, welche: _____
Operationen ? nein ja wenn ja, welche / wann: _____

Geburten (Monat/Jahr und Geburtsmodus): _____

Fehlgeburten: _____ Schwangerschaftsabbrüche: _____
 Eileiterschwangerschaften: _____ rechts links

Hatten Sie Windpocken? ja nein unbekannt
 Haben Sie die HPV (Gebärmutterhalskrebs) Impfung erhalten? nein ja in welchem Jahr? _____
 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: _____