



Sehr geehrte Patientin,

Wir begrüßen Sie ganz herzlich in der Praxis. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie diesen Fragebogen möglichst genau ausfüllen könnten. Er ist zur Einschätzung Ihrer Gesundheit und zur Behandlung Ihrer Beschwerden sehr wichtig. Alle Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben:

Ihr Vor – und Zuname:

Ihr Hausarzt (Name und Ort):

Ihr Gewicht (kg) und Ihre Größe (cm):

Sind bei Ihnen Allergien (Medikamente/Desinfektionsmittel) bekannt?

Gynäkologische Vorgeschichte:

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?

Wann war Ihre letzte regelmäßige Blutung?

Wie viele Tage dauert Ihr Zyklus (1. Tag der Regel bis 1. Tag der folgenden Regel)?

Ist Ihr Zyklus eher regelmäßig oder unregelmäßig ?

Haben Sie schon einmal eine gynäkologische Operation gehabt? Wenn ja, welcher Art war diese Operation und wann bzw. wo wurden Sie operiert?

Wann und wo war Ihre letzte Mammographie/Ihr letzter Brustultraschall?

Was verwenden Sie um eine unerwünschte Schwangerschaft zu verhüten?

Sind Sie gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft? Ja Nein

Sonstige Vorgeschichte:

Haben Sie schon einmal eine andere Operation gehabt? Wenn ja, welcher Art war diese Operation und wann bzw. wo wurden Sie operiert?

Haben Sie eine chronische Erkrankung? Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wurde bei Ihnen eine Krebserkrankung festgestellt? Wenn ja, welche?



Krankheiten in Ihrer Familie:

Haben Mitglieder Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen:

Brustkrebs? Eierstockkrebs Darmkrebs? Thrombose? Lungenembolie?

Gibt es in Ihrer Familie angeborene Behinderungen, Missbildungen oder Veränderungen an den Erbanlagen?

Geburtshilfliche Vorgeschichte (Schwangerschaften/Geburten):

Geburtsjahr: Geburtsgewicht: spontan Kaiserschnitt Zange/Saugglocke

Haben Sie schon einmal eine Eileiterschwangerschaft gehabt?

Wenn ja, wann und wo wurden Sie diesbezüglich behandelt?

Haben Sie schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Fehlgeburt gehabt?

Wenn ja, wann und wo wurden Sie diesbezüglich behandelt?

Der Grund Ihres Besuchs:

Schmerzen? Kontrolluntersuchung? Verhütungsberatung?

Sonstiges

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Hausarzt? Freunde/Familie? Google? Andere Seite im Internet
Telefonbuch? Praxisschild? Sonstiges?

Wir bitten Sie, Ihre Angaben mittels Ihrer Unterschrift zu bestätigen

Datum, Ort, Unterschrift

Für Ihre Sorgfalt beim Ausfüllen dieses Fragebogens sei Ihnen herzlich gedankt!

Dr. Stefan Buballa