

Brühl, _____

Liebe Patientin, zur Beurteilung und erfolgreichen Behandlung ist die genaue Kenntnis Ihrer Krankengeschichte notwendig. Hierzu können Sie durch das Ausfüllen dieses Fragebogens wesentlich beitragen.

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____

Telefonisch erreichbar: _____ privat dienstlich

Hausarzt (Name, Ort): _____

Haben Sie derzeit Beschwerden? ja, _____

_____ nein

Besteht oder vermuten Sie eine Schwangerschaft? ja nein

Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch? ja nein

Alter der ersten Regelblutung: _____

Alter der letzten Regelblutung: _____

Abstand der Blutung: alle _____ Tage Dauer: _____ Tage

Stärke: stark mittel schwach wechselnd

Datum der letzten Periode: _____

Mit welcher Methode verhüten Sie? _____

(z.B. Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondom)

Seit wann? _____

Nehmen Sie Hormonpräparate? ja nein

Wann war die letzte Krebsvorsorge? _____ noch nie

Wann war die letzte Mammographie? _____ noch nie

Wann war die letzte Darmspiegelung? _____ noch nie

Rauchen Sie? ja, ungefähr _____ Zigaretten/Tag nein

Haben Sie Allergien? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Brühl, _____

Welche Erkrankungen hatten/haben Sie?

- Thrombose ja nein
- Art. Hypertonie/ hoher Blutdruck ja nein
- Diabetes/ Zuckerkrankheit ja nein
- Herzerkrankung ja nein
- Lebererkrankung (Hepatitis) ja nein
- Nierenerkrankung ja nein
- Krebserkrankung ja nein
- Schilddrüsenerkrankung ja nein

Gibt es in der Familie ernsthafte oder häufige Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schon einmal operiert worden? ja nein

Wenn ja:

Datum	Art des Eingriffs

Wieviel Kinder haben Sie? _____

Wie oft waren Sie schwanger? _____

Gab es bei den Schwangerschaften oder Geburten Komplikationen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe,

Ihr Praxisteam