

Fragebogen Patientin

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: _____

eMail: _____

Telefonisch erreichbar: _____ privat dienstlich

Hausarzt (Name, Ort): _____

Sind sie gegen Gebärmutterhalskrebs / HPV geimpft: Gardasil Cervarix nein

Besteht oder vermuten Sie eine Schwangerschaft? ja nein

Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch? ja nein

Alter der ersten 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? _____

Wann war die letzte Krebsvorsorge? _____ noch nie

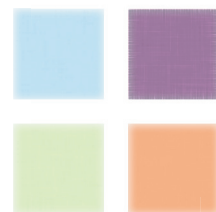
Wann war die letzte Mammographie? _____ noch nie

Wann war die letzte Darmspiegelung? _____ noch nie

Rauchen Sie? ja, ungefähr _____ Zigaretten/Tag nein

Haben Sie Allergien? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?



Fragebogen Patientin

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

Wieviele 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