

Sehr geehrte Patientin,

wir möchte Sie bitte uns die nachfolgenden Fragen zur Ihrer Krankengeschichte vollständig zu beantworten.

Bestätigen Sie die Vollständigkeit bitte mit Ihrer Unterschrift und dem Datum am Ende des Fragebogens.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon / Handynummer:

Anschrift:

Email:

Hausarzt:

Beruf:

Familienstand:

Körpergröße:

Gewicht:

Gynäkologische Anamnese

Alter der 1. Regelblutung:

Alter der letzten Regelblutung (nach den Wechseljahren):

1.Tag der letzten Regelblutung:

Beschwerden bei der Regelblutung:

bisherige Verhütung:

Zufriedenheit mit Verhütung



Mammografie:

Darmspiegelung:

Bisherige Schwangerschaften:

Bitte notieren Sie die **Entbindungsjahre**, die **Schwangerschaftswoche**, ob **gestillt** wurde, ob es eine **operative Entbindung** war.

Fehlgeburten / Abbrüche / Eileiterschwangerschaft: ja / nein

(bei ja: notieren Sie bitte die **Jahre** und ggf. die **Art der Schwangerschaftsbeendigung**)

Gynäkologische Operationen:

Nikotin:

Alkohol:

Drogen:

Allergien:

Impfungen: (bitte Impfpass vorlegen)

Gebärmutterhals-Impfung: ja / nein

Weitere Erkrankungen oder Operationen / stationäre Aufenthalte / Wann?:

(z.B. Bluthochdruck, Gerinnungsstörungen, Thrombose, Lungenarterienembolie, Diabetes m., Herz-, Leber-, Lungen-, Nierenerkrankungen, Migräne, Schilddrüsenerkrankungen, psychische Erkrankungen, Krebserkrankungen, Asthma, Epilepsie, sonstige Operationen jeder Art)

Regelmäßige Medikationen:

Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkel)

(z.B. Gerinnungsstörungen, Krebserkrankungen, Schlaganfall, Herz- Kreislauferkrankungen)

Wünschen sie einen Hausarztbericht? Ja / Nein

Wünschen Sie eine Benachrichtigung zur Terminerinnerung / -änderung oder Befundmitteilung? Ja / Nein

Datum: _____ **Unterschrift:** _____