

PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin,

damit wir Sie gut behandeln können, ist es wichtig, gut über Sie informiert zu sein. Bitte füllen Sie dazu den folgenden Fragebogen aus. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname, Name

geboren am

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Ort

Mobil

Beruf bzw. gegenwärtige Tätigkeit

E-Mail

Familienstand ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend geschieden

Alter _____ Jahre

Aktuelle Größe _____ cm

Aktuelles Gewicht _____ kg

KRANKENVERSICHERUNG

Gesetzlich versichert ja | Krankenkasse _____ nein

Privat versichert ja | Krankenkasse _____ nein

Private Zusatzversicherung ja nein

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

HPV-Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs ja nein

Letzte Mammografie _____ Monat/Jahr | Wo? _____

Letzter Krebsabstrich _____ Monat/Jahr | Wo? _____

Letzter HPV-Test _____ Monat/Jahr | Wo? _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ja nein

MENSTRUATION

Alter bei der ersten Periode _____ Jahre

1. Tag der letzten Periode _____

Regelmäßige Menstruation ja nein

Zyklusdauer _____ Tage

Blutungsdauer _____ Tage

Stärke letzter Monatsblutung stark mittel schwach

Beschwerden ja nein

Zwischenblutung ja nein

Alter bei der letzten Periode _____ Jahre

VERHÜTUNG

Wie verhüten Sie? Pille | Name _____

Spirale | Name _____

Partner ist sterilisiert Kondom gar nicht

Sonstiges _____

SCHWANGERSCHAFTEN

Wie oft waren Sie schwanger? _____ (Gesamtanzahl der Schwangerschaften)

Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____ Kinder

_____ Vaginal _____ Kaiserschnitt

Fehlgeburten _____ Anzahl keine

Schwangerschaftsabbrüche _____ Anzahl keine

LEBENSSTIL

Rauchen Sie? ja nein Falls ja, wie viele Zigaretten täglich: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Nehmen Sie Beruhigungsmittel oder Drogen ein? ja nein

KRANKENANAMNESE

Haben Sie Allergien? ja nein

Falls ja, welche? : _____

Nehmen Sie Medikamente? ja nein, keine Medikamente

Falls ja, welche? (z.B. Eisen, Folsäure, ASS, Antidepressiva, Vitamine) _____

Operationen: ja nein, keine Operationen

Falls ja, welche (z.B. Gebärmutter, Eierstöcke, Brüche, Blinddarm etc.) :

Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Embolie |
| <input type="checkbox"/> Depressionen Burn-out | <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | |

Hausarzt: _____

FAMILIENANAMNESE

Sind chronische Erkrankungen in der Familie bekannt? ja nein

Falls ja, welche: _____

ALLGEMEINBEFINDEN, AKTUELLE BESCHWERDEN

Was sollten wir sonst von Ihnen wissen? Was ist Ihnen wichtig?

Ort, Datum

Unterschrift Patientin | Versicherter