



Liebe Patientin,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Sie von Anfang an möglichst umfassend beraten und behandeln zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, unseren Fragebogen soweit wie möglich auszufüllen. Offene Fragen und Anliegen können im gemeinsamen Gespräch geklärt werden. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Persönliche Daten

Name..... Geburtsdatum.....  
Beruf..... Telefon/ Handy.....  
Email .....

## Grund für Ihren Besuch

Routineuntersuchung  Beratungsgespräch  
 Beschwerden: .....

## Zyklus

Alter bei der 1. Periode ..... Letzte Periode (1. Blutungstag).....  
Abstand und Blutungsdauer (z. B. alle 28 Tage / 5 Tage) ..... /.....  
Haben Sie Beschwerden während der Regelblutung? .....  
Wie groß sind Sie?..... Wieviel wiegen Sie?.....

## Schwangerschaften/ Geburten

Hatten Sie Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?.....  
Haben Sie Kinder geboren? (Jahr, Geburtsart, Besonderheiten):  
.....  
.....



## Verhütung

Derzeitige Verhütung (falls Pille: welche?).....

## Operationen/ Erkrankungen

Wurden Sie schon einmal operiert? (was, wann?).....

.....

Wurde bei Ihnen eine Mammografie oder Darmspiegelung durchgeführt? .....

Haben oder hatten Sie ernsthafte Erkrankungen?

- |                                                                 |                                             |                                              |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                          | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung     | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                                 | <input type="checkbox"/> Thrombose/ Embolie | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Allergien (welche?).....               |                                             |                                              |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (welche, wann?)..... |                                             |                                              |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen .....              |                                             |                                              |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Name, Dosierung).....

.....

Rauchen Sie? (Anzahl der Zigaretten/ Tag) .....

Gibt es eine Häufung bestimmter Erkrankungen in Ihrer Familie?

- |                                                                   |                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                            | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus   |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall                             | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (welche bei wem?)..... |                                            |                                              |

.....

Dürfen wir noch fragen, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind?

.....