



## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

zzt. ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_

Name/ Adresse des vorbehandelnden Gynäkologen: \_\_\_\_\_

Datum des letzten Frauenarztbesuchs: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Gesundheitsfragen:

Sind in Ihrer Familie bereits Erkrankungen aufgetreten (z.B. Diabetes; Herz-, Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen)?

\_\_\_\_\_

Gab es in Ihrer Familie Brustkrebs oder Eierstockkrebs? \_\_\_\_\_

Gab es in Ihrer Familie Thrombosen? \_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden bei Ihnen Erkrankungen z.B. der Schilddrüse, Herz, Leber Lunge, oder Bluthochdruck, Schlaganfall oder Herzinfarkt, Depressionen o.ä.?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits operiert (z.B. Blinddarm, Schilddrüse, Gelenke o.ä.)? Wenn ja, wann?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Bitte notieren Sie Präparat und Dosierung.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_



**Fragen zur Frauengesundheit:**

Wann war Ihre erste Regelblutung? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Regelblutung? \_\_\_\_\_

Wie lange dauert die Blutung und wie sind die Abstände? \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden bei der Blutung oder vor der Regelblutung (z.B. Schmerzen, Brustspannen o.ä.)?  
\_\_\_\_\_

Gab es bei Ihnen bereits Operationen an der Gebärmutter, der Brust oder an den Eierstöcken (z.B. Konisation o.ä.)? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine Mammographie /Brustultraschall? Wann? \_\_\_\_\_

Wurden Sie gegen HPV geimpft? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wann und wie oft? Präparat? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Windpocken? \_\_\_\_\_

**Fragen zu Schwangerschaften und Geburten :**

Hatten Sie bereits eine Fehlgeburt? Wie oft? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits einen Schwangerschaftsabbruch? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder geboren?

Geburtsjahr	Spontangeburt	Kaiserschnitt	Zangen-/VE-geburt	Geburtsgewicht

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Geburt oder im Wochenbett? (z.B. Bluthochdruck, Schwangerschaftsdiabetes, vorzeitige Wehentätigkeit, Frühgeburt, Erkrankung des Kindes, Nachblutungen?)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_