

Liebe Patientin,

wir begrüßen Sie in unserer Frauenarztpraxis! Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens. Bitte teilen Sie uns bei Ihrem nächsten Besuch mit, wenn sich etwas geändert haben sollte.

*Ihr Praxisteam*

Dr. Vogel /Fugunt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Dat.: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie?  nein  ja: \_\_\_\_\_ tägl. HPV-Impfung:  ja  nein

Verhütung:  keine  Pille/Ring: \_\_\_\_\_  Spirale: \_\_\_\_\_  Kondom  sonstige: \_\_\_\_\_

Zyklus: letzte Periode: \_\_\_\_\_ Abstand: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Letzte Mammographie: \_\_\_\_\_ letzte Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien:  Keine  wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen:**

- |  |  |   |  |                                     |
|--|--|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine                 | <input type="checkbox"/> Schlaganfall          | <input type="checkbox"/> Diabetes       | <input type="checkbox"/> Schilddrüse     | <input type="checkbox"/> Epilepsie  |
| <input type="checkbox"/> Thrombose             | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Embolie               | <input type="checkbox"/> KHK/Herzinfarkt       | <input type="checkbox"/> Asthma         | <input type="checkbox"/> Osteoporose     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Migräne mit/ohne Aura |   |  |                                     |

andere: \_\_\_\_\_

**Voroperationen:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine           | <input type="checkbox"/> Konisation      | <input type="checkbox"/> Gebärmutterentfernung | <input type="checkbox"/> OP an Eierstöcken   |
| <input type="checkbox"/> Brust-OP        | <input type="checkbox"/> Endometriose-OP | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-OP       | <input type="checkbox"/> Blinddarmentfernung |
| <input type="checkbox"/> Gallenblasen-OP | <input type="checkbox"/> Darm-OP         | <input type="checkbox"/> Leistenbruch          |  |

andere: \_\_\_\_\_

**Schwangerschaften:**

keine  vaginale Geburten (wann): \_\_\_\_\_  Kaiserschnitte (wann): \_\_\_\_\_

Fehlgeburten: \_\_\_\_\_ Eileiterschwangerschaften: \_\_\_\_\_ Abbrüche: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen in der Familie:**

- |                                    |   |  |  |                                       |
|------------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine     | <input type="checkbox"/> Brustkrebs       | <input type="checkbox"/> Eierstockskrebs | <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  |
| <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Gebärmutterkrebs | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

andere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift