

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