

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis! Bitte beantworten Sie in Ruhe die u.g. Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden und die Behandlung wesentlich sind. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Kontaktdaten:**

Name: \_\_\_\_\_, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort): \_\_\_\_\_

Tel (Privat): \_\_\_\_\_, Tel (mobil): \_\_\_\_\_, Tel (geschäftlich): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_, Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Periodenblutung: \_\_\_\_\_ Wie alt waren Sie bei der 1. Periodenblutung? \_\_\_\_\_ Jahre

Wie lange dauert Ihr Zyklus?: 24 Tage \_\_\_\_\_ 26 Tage \_\_\_\_\_ 28 Tage \_\_\_\_\_ 30 Tage \_\_\_\_\_ 32 Tage \_\_\_\_\_ unregelmäßig?: \_\_\_\_\_  
 länger: \_\_\_\_\_ kürzer: \_\_\_\_\_

Wie lange dauert die Blutung? \_\_\_\_\_ Tage. Haben Sie starke Periodenschmerzen? Ja: \_\_\_\_\_ nein: \_\_\_\_\_

Mit welcher Methode verhüten Sie?

Keine: \_\_\_\_\_, Pille, Pillenname: \_\_\_\_\_, Hormonspirale (Mirena, Jaydess, Kyleena): \_\_\_\_\_, Kondom: \_\_\_\_\_,  
 Kupferspirale: \_\_\_\_\_, Nuvaring: \_\_\_\_\_, Sterilisation des Partners: \_\_\_\_\_, Verhütungsstäbchen (Implanon): \_\_\_\_\_,  
 Sterilisation: \_\_\_\_\_, 3-Monats-Spritze: \_\_\_\_\_, Verhütungs-Pflaster: \_\_\_\_\_, Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormone ein?: Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_

Welche und seit wann?: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?: Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_

Welche?: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Medikamentenplan: Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_

Anzahl und Jahre Ihrer Geburten: \_\_\_\_\_ natürliche Geburt/en: \_\_\_\_\_ \*

\_\_\_\_\_ Kaiserschnitt/e: \_\_\_\_\_, \* \_\_\_\_\_ Zange / Saugglocken \_\_\_\_\_ \*      \*= Geburtsjahr

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?: Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_

Falls ja, wann und welche?: \_\_\_\_\_

Anzahl und Jahre Ihrer Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Anzahl und Jahre Ihrer Eileiterschwangerschaften: \_\_\_\_\_ li: \_\_\_\_\_ re: \_\_\_\_\_

Anzahl und Jahre Ihrer Schwangerschaftsabbrüche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation?: Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_

Falls ja, wann und welche?: \_\_\_\_\_

Hatten Sie andere Operationen?: Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_

Falls ja, wann und welche?: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?:

Blutgerinnungsstörung (z.B. Faktor-V-Leiden-Mutation, APC-Resistenz): Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_, Thrombose /  
 Embolie( z.B. tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, TIA, Angina pectoris): Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_,  
 Herzinfarkt / Schlaganfall : Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_, Bluthochdruck: Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_, Diabetes mellitus: Ja: \_\_\_\_\_,  
 Nein: \_\_\_\_\_, Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen (Aura): Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_, erhöhte Blutfettwerte:  
 Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_, kardiovaskuläre Erkrankung (z.B. Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörungen, KHK,  
 Herzklappenerkrankung) : Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_, HIV: Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_, Asthma/COPD: Ja: \_\_\_\_\_, Nein: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass wir ein Bestellsystem bei der Terminvereinbarung führen. Sagen Sie daher bitte IMMER vereinbarte Termine rechtzeitig ab, wenn Sie diese nicht wahrnehmen können. Bei wiederholt unentschuldigtem Versäumen von vereinbarten Terminen behalten wir uns vor, Ihnen eine Terminversäumnisgebühr in H. von 25€ in Rechnung zu stellen.

Erkrankungen, die das Thromboserisiko erhöhen können (z.B. Krebs, syst. Lupus erythematodes, Sichelzellanämie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, hämolyt.- urämisches Syndrom): Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Leberfunktionsstörung / Lebertumor: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Hepatitis: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Epilepsie: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Schildrüsenerkrank: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Windpocken: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Wenn Ja, welche und in welchem Erkrankungsjahr? \_\_\_\_\_

Bestrahlung? Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Chemotherapie? Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Leiden Sie an Inkontinenz? Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Falls ja: verlieren Sie unkontrolliert Urin z.B. beim Husten, Nießen, Pressen: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Haben Sie im Zusammenhang mit Harninkontinenz starken Drang: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Haben Sie schon mal unkontrolliert Winde verloren, oder Stuhlschmieren gehabt: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten:

Krebserkrankungen: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

wenn ja bei wem und in welchem Alter: \_\_\_\_\_ Bluthochdruck,

Gerinnungsstörungen, Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt oder thrombembolisches Ereignis (s.o.) in einem Alter unter 50 J: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Osteoporose: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

wenn ja bei wem und in welchem Alter: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Gibt es in Ihrer Familie Formen von Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien geistiger oder körperlicher Art? Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Falls ja, was und bei welchem Familienmitglied? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Falls ja, welche?: \_\_\_\_\_

Wurde die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt?: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Haben Sie einen Impfpass? Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Wann war Ihre letzte Impfung: \_\_\_.

Wann war Ihre letzte Untersuchung/Krebsvorsorge beim Frauenarzt?: \_\_\_\_\_

Wann wurde bei Ihnen der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt?: \_\_\_\_\_

Wann wurde die/der letzte Mammographie/Brustultraschall durchgeführt?: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Falls ja: wieviel Zigaretten/Tag: \_\_\_.

Trinken Sie regelmäßig Kaffee?: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_, Wenn Ja, wie viele Tassen am Tag? \_\_\_.

Trinken Sie Alkohol?: Nein: \_\_\_, falls ja: regelmäßig?: \_\_\_, gelegentlich?: \_\_\_.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Falls ja, welche?: \_\_\_\_\_

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?: Hausarzt: \_\_\_, zufällig: \_\_\_, Internet: \_\_\_.

Dürfen wir Sie in unser Recall-System aufnehmen? Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Falls ja, wählen Sie bitte, wie Sie kontaktiert werden möchten: Telefon: \_\_\_, Post: \_\_\_, E-Mail: \_\_\_.

Dürfen wir Ihnen Informationen zu unserer Praxis und Aktionen übersenden?: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Wenn ja, auf welchem Wege?: Post: \_\_\_, E-Mail: \_\_\_.

Falls nötig, bin ich damit einverstanden, dass Arztberichte an meine behandelnden Ärzte geschickt werden. bei der reinen Vorsorgeuntersuchung wünsche ich keinen Bericht an meinen Hausarzt: Ja: \_\_\_, Nein: \_\_\_.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_