

**PRAXIS für FRAUENGESUNDHEIT und PRÄVENTIONSMEDIZIN**



Patientenname:.....

*Liebe Patientinnen,  
bitte helfen Sie uns, beim Erfassen Ihrer persönlichen Daten.  
Somit verkürzen Sie Ihre Wartezeit in unserer Praxis. Wenn Sie Fragen beim Beantworten  
haben, helfen wir Ihnen gerne weiter. Antworten, die nicht auf Sie zutreffen,  
bitte einfach streichen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.*

Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung? Wurde etwas Auffälliges festgestellt?

.....  
Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer ersten Periode (z.B. 14 Jahre)?

.....  
Wurde die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt?

Ja       Nein       unvollständig

**Aller wieviel Tage kommt Ihre Periode?** .....

**Wie lange dauert diese?** .....

**Letzte Periode ( Datum )?**.....

Haben Sie Ihre Periodenblutung leicht, mäßig oder stark?

.....  
Haben Sie während Ihrer Periodenblutung leichte, mäßige oder starke Schmerzen?

.....  
Seit wie vielen Jahren sind Sie in den Wechseljahren?

.....  
Nutzen Sie ein Verhütungsmittel? Wenn ja, welches? Bitte auch den Namen des Präparates angeben. (Pille, Spirale, Ring, Kondom, sonstiges...) Falls Sie eine Spirale haben: für 3 oder 5 Jahre? Wann wurde diese eingesetzt?

.....  
Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, haben Sie schon einen Test gemacht?

.....

Hatten Sie schon vorausgegangene Schwangerschaften? **Wenn ja, wann waren diese? Junge oder Mädchen ? Waren es normale (Spontan) Geburten?**

.....  
.....  
Gab es bei der Geburt Komplikationen (Frühgeburt, Kaiserschnitt, Saugglocke etc.)?

.....  
Hatten Sie schon Schwangerschafts**abgänge** oder **-abbrüche**? Wenn ja, in welchem Jahr war das?

.....  
Hatten Sie Operationen im Bauchraum, die nicht in den Bereich der Frauenheilkunde gehören? Wenn ja, welche waren das und in welchem Jahr wurden diese durchgeführt? (**z.B.** Blinddarm 1978, Gallenblase entfernt 2003)oder hatten Sie bereits Operationen im Bereich der Frauenheilkunde? (z.B. Gebärmutterentfernung durch Scheide oder Bauchraum...) Wenn ja, welche waren das und in welchem Jahr wurden diese durchgeführt? (z.B. Zyste entfernt 2001)

.....  
Haben Sie Allergien, die für uns bzw. die Behandlung wichtig sind? (**z.B.** Medikamente, Wirkstoff wie Penicillin; Pflaster, Lactose...)

.....  
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie (Röntgen der Brust) durchgeführt? Wenn ja, wann und wo wurde sie gemacht? (**z.B.** Mai 2008 RZM Pasing)

.....  
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, wann und wo wurde diese durchgeführt?

.....  
**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes ankreuzen:**

Gerinungsstörung	Ja	Nein
Thrombose	Ja	Nein
Schlaganfall	Ja	Nein
Herzinfarkt	Ja	Nein
Krampfadern	Ja	Nein
Migräne	Ja	Nein
Bluthochdruck	Ja	Nein
Lebererkrankung	Ja	Nein

Diabetes Mellitus	Ja	Nein
Epilepsie	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein
	Welcher:.....	
Hepatitis	Ja	Nein
HIV	Ja	Nein
Asthma	Ja	Nein
Krebserkrankung	Ja	Nein
	Welcher:.....	
	Alter: .....	

**Treten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?  
Zutreffendes ankreuzen:**

Bluthochdruck	Ja	Nein
	Wer:.....	
Schlaganfall vor dem 50. Lebensjahr	Ja	Nein
	Wer:.....	
Brustkrebs/Eierstockkrebs	Ja	Nein
	Wer:.....	
	Alter: .....	
Andere Krebserkrankung	Ja	Nein
	Welcher:.....	
	Wer:.....	
	Alter: .....	
Diabetes Mellitus	Ja	Nein
	Wer:.....	
Erbkrankheiten:	Ja	Nein
	Welcher:.....	
	Wer:.....	
Thrombose oder Embolie vor dem 50. Lebensjahr	Ja	Nein
	Wer:.....	

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Zutreffendes ankreuzen:**

**Medikamente zur Senkung des Blutdruckes**

Ja

Nein

Welcher:.....

**Herzmedikamente**

Ja

Nein

Welcher:.....

**Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen**

Ja

Nein

Welcher:.....

**Schilddrüsenmedikamente**

Ja

Nein

Welcher:

**Psychopharmaka**

Ja

Nein

Welcher:.....

**Schmerzmittel**

Ja

Nein

Ihre aktuelle E-Mail Adresse:

.....

Ihre aktuelle Anschrift:

.....

Telefonnummer privat:.....

Telefonnummer beruflich:.....

Telefonnummer mobil:.....

Größe:..... Gewicht:.....

Empfohlen durch:

.....

Datum:

Unterschrift:

.....