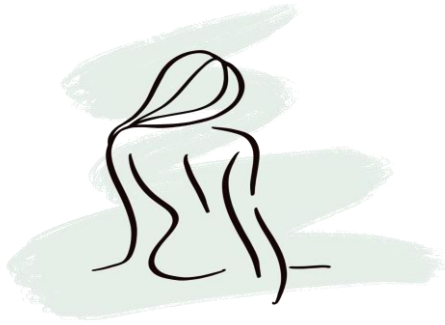




Berufsausübungsgemeinschaft
Dr. med. H. Klug u. S. Lange
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sehr geehrte Patientin,
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die gestellten Fragen so ausführlich wie möglich zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

KONTAKTDATEN

Name: Vorname: Geburtsdatum:
Straße und Nr. PLZ, Ort:
Telefon: Email: Beruf:
Hausarzt/-ärztin:

ALLGEMEINE ANGABEN

Körpergröße: cm Gewicht: kg

Vorerkrankungen:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ keine | ☐ Lungenembolie | ☐ Gerinnungsstörung |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombose | ☐ Diabetes mellitus (Zucker) |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Asthma/COPD | ☐ Krampfadern |
| ☐ Lebererkrankung | ☐ Epilepsie | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Harninkontinenz | ☐ Migräne | ☐ Osteoporose |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Nierenerkrankung | ☐ Blutungsneigung |
| ☐ HIV | ☐ Hepatitis | ☐ Gemütskrankung |
| ☐ Rheuma | ☐ Herzrhythmusstörung | ☐ Glaukom |
| ☐ Sonstige:..... | ☐ Krebserkrankung (wenn ja, welche?) | |

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? (bitte Medikamentenplan vorzeigen)

- ☐ Nein ☐ Ja, folgende:
.....
.....

Wurden Sie schon einmal **operiert**?

- ☐ Nein ☐ Ja, Datum/Eingriff:

Rauchen Sie?

- ☐ Nein ☐ Ja, Zigaretten/Tag:

Haben Sie **Allergien** bzw. Medikamentenunverträglichkeiten:

- ☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (**HPV-Impfung**) durchgeführt?

- ☐ Nein ☐ Ja

Besteht oder bestand bei **Verwandten** (Eltern, Geschwister, Kindern, Großeltern, Tante, Onkel) eine der **folgenden Erkrankungen**?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Schlaganfall | ☐ Herzinfarkt | ☐ Thrombose |
| ☐ Lungenembolie | ☐ Demenz/Alzheimer | ☐ Sonstige |
| ☐ Krebserkrankungen - Wenn ja, welche? | | |

Gab es in Ihrer **Familie Formen von Behinderungen**, Missbildungen, Chromosomenanomalien sowohl geistiger als auch körperlicher Art?

☐ Nein ☐ Ja, folgende:

GYNÄKOLOGISCHE ANGABEN

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung?

Wann war die letzte Krebsvorsorge?

Wann war die/der letzte Mammographie/Brustultraschall?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Wenn ja, wann?

Regelblutung

Erste Periode mit Jahren

Letzte Periode:

Wie lange dauert Ihr Zyklus?

☐ 24T ☐ 26T ☐ 28T ☐ 30T ☐ 32T ☐ unregelmäßig ☐ kürzer ☐ länger

Wie lange dauert die Blutung? Tage

Beschwerden während Ihrer Regelblutung?

☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch?

☐ Nein ☐ Ja, seit

Wie verhüten Sie?

Geburten

Anzahl:, davon natürlich und mit Kaiserschnitt // mit Saugglocke/Zange

Gab es **Komplikationen** während der Schwangerschaft/Geburt?

☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Fehlgeburten

Anzahl:, davon Abbrüche // Eileiterschwangerschaften:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum, Unterschrift