

Datum: _____

Hausarzt: _____

Sehr geehrte Patientin,

ich bitte Sie freundlichst, nachfolgende Angaben gewissenhaft auszufüllen. So ermöglichen Sie mir, Sie besser kennen zu lernen und einen Überblick über Ihre Gesundheits- und Krankengeschichte zu bekommen. Wenn Sie etwas nicht wissen, lassen Sie es frei.

Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Ihre Frauenärztin Angela Gukasjan

1. Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Leber-, Nieren-, Schilddrüsenfunktionsstörung, Krebserkrankung, Gerinnungsstörung, Thrombose, Embolie, andere)

.....
.....
.....
.....
.....

2. Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche? Blutverdünner?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, bitte Allergiepass vorlegen, falls vorhanden.

.....
.....
.....
.....
.....

4. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, welche OP, wann und wo?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Gibt es in Ihrer Familie bösartige oder chronische Erkrankungen? Wenn ja, wer und welche? (Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Thrombose, andere)

.....
.....
.....
.....

6. Rauchen Sie? Wieviel? Seit wann bzw. seit wann nicht mehr?

.....
Konsumieren Sie andere Rauschmittel (z.B. Cannabis, andere Drogen)?

7. Trinken Sie Alkohol?

nie/gelegentlich/regelmäßig

.....

Bitte wenden →

8. Mit wie vielen Jahren war Ihre erste Regelblutung?

.....

9. Von wann bis wann war Ihre letzte Regelblutung?

.....

10. Wie ist der Blutungsabstand? Erster Tag der letzten Regel bis erster Tag der nächsten Regel?

.....

11. Wie verhüten Sie aktuell? Natürlich/Pille/Spirale/Stäbchen/andere?

.....

Wie viele Tage dauert Ihre Regelblutung?

Hatten Sie zuvor eine andere Verhütung?

.....

.....

12. Waren Sie schon einmal schwanger? Wenn ja, wie oft?

.....

13. Angaben zu Ihren Schwangerschaften

Ausgang/Besonderheiten

Jahr

Fehlgeburt/Unterbrechung/Spontangeburt/Saug-glocke/Zange/Kaiserschnitt, Wo?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Wurden Sie gegen Röteln geimpft bzw. haben Sie Röteln durchgemacht?

.....

15. Wurden Sie gegen Gebärmutterhalskrebs—Viren (HPV) geimpft?

.....

.....

.....

16. Telefonische Erreichbarkeit:

17. Emailadresse, falls Kontaktaufnahme gewünscht:

Freiwillige Angaben:

18. Familienstand: 19. Beruf:

Datum:

Unterschrift: