

Sehr geehrte Patientin!

Die Angaben auf diesem Fragebogen helfen uns, ein genaueres Bild von Ihnen zu bekommen und Sie dadurch auch besser betreuen zu können. Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

Angaben zur Person:

_____, _____, _____
Name Vorname Geburtsdatum

Telefon privat: _____ beruflich: _____ Handy: _____

E-Mail (falls vorhanden): _____ @ _____

Hausarzt: _____

Vorher behandelnder Frauenarzt/ Frauenärztin: _____

Bisher noch nicht beim Frauenarzt gewesen: ____

Aktuelle Größe: ____ cm aktuelles Gewicht: ____ kg

Blutgruppe (falls bekannt) _____

Allergien: _____

Beruf: _____

Familienstand:

ledig ____ verheiratet ____ geschieden ____

fester Partner seit ____ Jahren/ Monaten zurzeit kein Partner ____

Gynäkologische Krankengeschichte:

Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Ihre Periode hatten? ____ Jahre

Falls für Sie vom Alter her zutreffend:

Wie alt waren Sie, als Sie zum letzten Mal Ihre Periode hatten? ____ Jahre

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? ____ oder unregelmäßig? ____

Abstand vom ersten Tag der Periode bis zum nächsten ersten Tag der Periode: _____ Tage

Blutungsdauer ____ Tage Stärke der Blutung: schwach ____ normal ____ stark ____



- Verhütung:

Keine___ Pille _____ - Präparatname: _____ Pflaster___ Ring_____

3-Monats-Spritze___ Spirale___ - seit: _____ Hormonspirale___ - seit _____

Condom ___ Sterilisation (wenn ja, seit wann) _____ Partner sterilisiert___

Andere Verhütung _____

- Hormontherapie (bitte Medikament angeben, ggf. mehrere Medikamente)

_____: von __.__.____ bis __.__.____

_____: von __.__.____ bis __.__.____

- Gynäkologische Operationen:

- Geburten:

Monat/ Jahr	Schwangerschafts- woche	Name des Kindes	Ge- schlecht	gesund oder Behinderung/ Erkrankung	normale Ent- bindung	Kaiser- schnitt	Saug- glocke oder Zangen- geburt

- Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche:

Monat/ Jahr	Schwangerschafts- woche	Fehlgeburt	Schwangerschaftsabbruch

Risiken:

Rauchen Sie?: ja ___ nein ___; wenn ja, wie viel Zigaretten durchschnittlich pro Tag: _____

Ist in Ihrer Blutsverwandtschaft Brustkrebs bekannt? ja ___ nein ___

Wenn ja, bei wem ist der Brustkrebs aufgetreten und in welchem Alter:

Impfungen:

Sind Sie gegen Corona geimpft? ____ nein ____ ja

Wie viele Impfungen haben Sie erhalten? _____ Datum der letzten Impfung: _____

Sind die gegen HPV (humane Papillomaviren, „Gebärmutterhalskrebs“) geimpft?

____ nein ____ ja

Wie viele Impfungen haben Sie erhalten? _____

Sonstige Krankengeschichte:

Krankheiten:

Krankheitsbezeichnung	Dauer der Erkrankung von ____ bis _____ oder noch andauernd	Medikamente und Dosierung für die Krankheit

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein und wenn ja welche: _____

weitere Operationen:

Art der Operation	Monat und Jahr des Eingriffes

Sonstige wichtige Angaben: _____

Haben Sie aktuell Beschwerden und wenn ja welche? _____
