

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 ____ verwitwet ____

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	Schwanger- schafts- 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:

Gibt es andere Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes in Ihrer Familie?

Wenn ja, bei wem ist die Erkrankung aufgetreten und in welchem Alter:

Impfungen:

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? _____
