

Medizinischer Fragebogen



Sehr geehrte Patientin,

da Sie sich zum ersten Mal in unserer Frauenarztpraxis vorstellen, bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.

Wir können uns so einen raschen Überblick über Ihre medizinische Vorgeschichte und relevante Risiken verschaffen. Das hilft uns, eine optimale Versorgung für sie zu gewährleisten.

Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Besuch Ihren Impfpass und WICHTIGE Vorbefunde mit (z.B. größere Operationen, Krebserkrankungen,....)

Vorname	Nachname	Geburtstag (TT.MM.JJJJ)
---------	----------	-----------------------------

Anschrift

Telefon	E-Mail
---------	--------

Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg
-------------------	---------------------

Name und Anschrift des Hausarztes

Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammografie durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Befund? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Befund? Unauffällig Auffällig _____

Haben Sie schon eine HPV Impfung erhalten? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Venenthrombose	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Endometriose
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Migräne mit Aura
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Lebertumor	<input type="checkbox"/> Migräne ohne Aura
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> HIV

Sonstige Erkrankungen?

Wurde bei Ihnen eine Krebserkrankung diagnostiziert?

Ja

Nein

Wenn ja, wann?

Wann war die Erstdiagnose?

Welche Therapie haben Sie erhalten?

Operation

Bestrahlung

Chemotherapie

Hormontherapie

Voroperationen:

Datum	Art des Eingriffs	Krankenhaus

Sonstige Bemerkungen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Präparat	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag und seit wann?

Trinken Sie Alkohol?

nie

selten

gelegentlich

regelmäßig: wie viel?

Konsumieren Sie Drogen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und wie häufig?

Traten in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf?

(wenn bekannt, bitte mit Altersangabe und Angabe väterlicher/mütterlicherseits)

Erkrankung	Vater	Mutter	Bruder/Schwester	Großeltern	Tante/Onkel
Brustkrebs					
Gebärmutterhalskrebs					
Krebs der Gebärmutterhöhle					
Darmkrebs					
Herzinfarkt					
Schlaganfall					
Thrombose					
Diabetes mellitus					

Hatten Sie jemals Entzündungen im Bauchraum?

Ja

Nein

Wenn ja, nähere Informationen?

Besteht aktuell Kinderwunsch?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wie lange?

Verhüten Sie zurzeit?

Ja

Nein

Wenn ja, wie und seit wann?

Welche sonstige Verhütungsmethoden haben Sie bereits angewandt?

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

Ja

Nein

Wie viele Tage beträgt der Abstand zwischen 2 Blutungen?

Wie viele Tage dauert die Blutung?

In welchem Alter war Ihre erste Regelblutung?

Ist bei Ihnen eine Fehlgeburt aufgetreten oder haben Sie eine Schwangerschaft abgebrochen?

Ja

Nein

Wenn ja, wann?

Musste eine Ausschabung durchgeführt werden?

Ja

Nein

Hatten Sie einmal eine Eileiterschwangerschaft?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und welche Seite?

Wurde der Eileiter entfernt?

Ja

Nein

Haben Sie bereits Kinder zur Welt gebracht?

Ja

Nein

	Datum	Geschlecht	Geburtsart	Gewicht	Komplikationen
1					
2					
3					
4					
5					

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ort, Datum

Unterschrift