

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Um einen optimalen Überblick über Ihre Krankengeschichte zu erhalten, möchten wir Sie vorab um die Beantwortung folgender Fragen bitten.

Bitte beachten sie, dass eine Ausfallgebühr von 25-100 € (je nach Terminart) fällig wird, wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können und ihn nicht mindestens 24 Stunden vorher absagen.

Datum:

1. Name/ Vorname: _____
2. Geburtsdatum: _____

3. Hausärztin / Hausarzt: _____
4. Bisherige(r) Gynäkologe/in: _____
5. Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung: _____
6. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
7. Letzte Periode (Alter oder Jahr): _____
8. Alter bei der 1. Periode: _____
9. Zyklus: ca. alle _____ Tage, Dauer ca. _____ Tage / unregelmäßig
10. Pille: nein ja wenn ja, welche? _____
11. Spirale: nein ja wenn ja, seit wann? _____ Typ: _____
12. Geburten: nein ja wenn ja, wie viele? _____
 - a. wann/ Jahr: _____
 - b. Geschlecht (m/w) _____
 - c. Kaiserschnitt? _____
 - d. Besonderheiten? _____
13. Fehlgeburten: nein ja wenn ja, wie viele? _____
 - a. wann/ Jahr: _____
14. Rötelschutz bekannt? Z. n. Impfung? Z. n. Erkrankung? _____
Windpocken als Kind? nein ja
15. Aktuelle / frühere oder chronische Erkrankungen?
(z.B. Zucker / Bluthochdruck / Schilddrüsenerkrankungen / Rheuma)

16. Leiden Sie an einer infektiösen Erkrankung? Wenn ja an welcher?
 HIV Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C
 keine andere Erkrankung? Welche? _____

17. Gynäkologische Operationen: Ausschabungen wenn ja, wann? _____
warum? _____
 Bauchspiegelung wenn ja, wann? _____
warum? _____
 Bauchschnitt wenn ja, wann? _____
warum? _____

18. Andere Operationen (z.B. Blinddarm, Schilddrüse, Brüche)?

19. Allergien: Antibiotika (Penicillin o. ä.)
 Andere? Wenn ja welche?

20. Medikamenteneinnahme: regelmäßig (Präparat?) _____
 bei Bedarf (Präparat?) _____

21. Erkrankungen in der Familie: familiäre Brustkrebsbelastung? Wer? _____
 andere Krebserkrankungen? Wer? _____
 andere ernsthafte Erkrankungen? Wer? _____
 Thrombose/Lungenembolie? Wer? _____

22. Rauchen Sie? nein ja, _____ Zig./ Tag Tabak- oder E-Zigaretten?

23. Alkoholkonsum: nein selten häufig regelmäßig

24. Und zum guten Schluss: Besonderes / Wünsche / Ängste ?!?!?!?!?

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Fragen nach besten Wissen vollständig beantwortet habe und die Informationen zur Ausfallgebühr zur Kenntnis genommen habe und akzeptiere.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Mühe

Ihr Praxisteam der