

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Pat. Nr. (wird von uns ausgefüllt)

Liebe Patientin,

bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen an der Anmeldung ab.

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Beruf: \_\_\_\_\_

Wie oft waren Sie bereits schwanger? \_\_\_\_\_ Wie viele Kinder haben Sie bereits geboren? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Fehlgeburt oder Schwangerschaftsunterbrechung, wenn ja wieviele? \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Eileiterschwangerschaft? \_\_\_\_\_

Wie viele Tage liegen zw. zwei Perioden? \_\_\_\_\_ Tage, regelmäßig? \_\_\_\_\_ Blutungsstärke? \_\_\_\_\_ Schmerzen? \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung? \_\_\_\_\_

Wann begann Ihre letzte Periodenblutung? \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen die üblichen Kinderkrankheiten geimpft? \_\_\_\_\_

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs-Impfung) geimpft? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon die Windpocken? \_\_\_\_\_

Verhüten Sie? \_\_\_\_\_, wenn ja, wie? \_\_\_\_\_ Sterilisation bei Ihnen o. bei Ihrem Partner? \_\_\_\_\_

Bei welchen Ärzten sind Sie zurzeit in Behandlung? \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente müssen Sie einnehmen?** \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Wie oft trinken Sie Alkohol? \_\_\_\_\_

Haben Sie Hepatitis? \_\_\_\_\_ Haben Sie Aids? \_\_\_\_\_

Ist bei **Ihnen** eine der folgenden **Erkrankungen** bekannt?

	ja	nein	Medikamente:
Kopfschmerzen / Migräne <b>ohne</b> Aura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Migräne <b>mit</b> Aura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Angeborene Fehlbildungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Veranlagung zu seelischen Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Herzinfarkt/Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Thrombose / Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Erkrankungen an Herz, Lunge, Leber, Niere oder Nervensystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente:
Allergie / Penicillinallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche? _____

	ja	nein	
<b>Operationen:</b>			
Blinddarmoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	Unterleibsoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Was genau:
	Brustoperation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Was genau:
	Andere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Was genau:

		ja	nein	wer:
Gibt es in Ihrer Familie	Brustkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Eierstockkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Gebärmutterhalskrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Gebärmutterkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Darmkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Thrombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Gefäßkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:
	Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wer:

Vielen Dank!  
Ihr Praxisteam von Gyn Lohmar