



Patientinnen-Fragebogen

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen nehmen. Er ist die Grundlage für Ihre zukünftige Behandlung. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an Ihre behandelnde Frauenärztin. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich den strengen Datenschutz-rechtlichen Bestimmungen.

Name: _____ Geb.: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Tel. Privat: _____ EMail: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Datum der letzten Gynäkologischen Untersuchung: _____

Menstruation:

Erster Tag Ihrer Letzten Regelblutung: _____

Ist Ihre Regelblutung regelmäßig? (ca. alle 4 Wo.) : _____ Wenn nein, wie ist sie? : _____

Leiden Sie unter starken Regelschmerzen? (Schmerzmittel nötig?): _____

Leiden Sie unter Migräne? : _____ Wenn ja, ist sie abhängig von Ihrer Blutung? : _____

Wenn Sie unter Migräne leiden, haben sie eine Aura? (z.B Flimmern vor den Augen? : _____

Falls sie keine Regelblutung mehr haben, seit wann? : _____

Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden? : _____

Nehmen Sie Hormonpräparate ein? : _____

Verhütung:

Welche Verhütungsmethode wenden Sie an? : _____

Gynäkologische Vorgeschichte:

Wurden folgende Erkrankungen schon einmal bei Ihnen festgestellt/behandelt oder haben sie Beschwerden bezüglich? :

Myomen oder Endometriose: _____

Entzündungen der Eileiter/Eierstöcke: _____

Hormonstörung (Schilddrüse, Zyklusstörungen...): _____

Auffällige Abstriche am Gebärmutterhals (Pap-Abstriche, Dysplasien) : _____

Erkrankungen der Brust: _____

Senkungsbeschwerden, Inkontinenz: _____

Wurden Sie schon mal Opfer von sexuellem Mißbrauch?

Schwangerschaft/Geburten :

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie bisher? _____

Geburten? _____ Komplikationen? _____

Komplikationen während der Schwangerschaft (Frühgeburten, Diabetes, Bluthochdruck) ?

Fehlgeburten: _____ Schwangerschaftsabbrüche: _____



Voroperationen:

Bauchspiegelungen: _____ Ausschabungen: _____
Bauchschnitte: _____ Operationen an der Brust: _____
Operationen am Gebärmutterhals: _____ Weitere Operationen (auch nicht
Gynäkologisch): _____

Allgemeine Vorgeschichte:

Allergien (Insb. Medikamete, Latex): _____
Chronische Erkrankungen (z.B Bluthochdruck, Darm-, Lebererkrankungen, Diabetes) :

Hatten Sie bereits eine Thrombose oder Lungenembolie? _____
Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt oder Schlaganfall? _____
Ist bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung bekannt _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Wenn ja, welche?) _____
Andere regelmäßigen Therapien? _____
Wurde bei Ihnen bereits eine Krebserkrankung festgestellt? _____
Andere vorausgegangene schwere Erkrankungen? _____
Sind hohe Blutfettwerte bei Ihnen bekannt? _____
Lassen Sie regelmäßig Impfungen durchführen? _____ Wann zuletzt? _____
Rauchen Sie? ___ Wie viel ___/ Tag? Konsumieren Sie übermäßig Alkohol oder Drogen? _____

Familien Anamnese:

Gibt es in Ihrer nahen Verwandtschaft Fälle von:

Bluthochdruck ? (Wenn ja bei wem?) _____
Brust-,Eierstock oder Darmkrebs? (Wenn ja bei wem?) _____
Herzinfarkt oder Schlaganfall? (Wenn ja bei wem?) _____
Thrombose oder Lungenembolie? (Wenn ja bei wem?) _____
Blutgerinnungsstörung ? (Wenn ja bei wem?) _____
Hohe Blutfettwerte? (Wenn ja bei wem?) _____
Sonstige hier nicht genannte Erkrankungen? _____

Vorsorgeuntersuchungen:

Hatten Sie bereits eine Mammographie? _____ Wenn ja, wann? _____
Hatten sie bereits einen Brustultraschall? _____ Wenn ja, wann? _____
Falls Sie 50 Jahre und Älter sind, nehmen Sie am Mammographie Screening teil? _____
Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt?

Bitte teilen Sie uns bei Ihren nächsten Besuchen neue Befunde bei Ihnen oder Ihren nahen Verwandten mit. Ebenfalls teilen Sie uns bitte mit, falls Sie mit der „Pille“ verhüten, wenn in naher Zukunft große Chirurgische Eingriffe oder Immobilisierungen (z.B Gips) geplant sind.

Datum: _____ Unterschrift: _____