



Frauenarztpraxis
Luba Weber
Fachärztin für Gynäkologie
und Geburtshilfe

Stempel

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen und Zutreffendes anzukreuzen. Sind Sie sich bei einer Frage unsicher, dann setzen Sie bitte ein Fragezeichen. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

zzt. ausgeübter Beruf: _____

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Was ist der Anlass Ihres Besuchs in unserer Praxis?

In welchem Alter trat Ihre erste Regelblutung auf? _____

Wann (Datum / Alter) hatten Sie Ihre letzte Regelblutung? _____

Gibt es Besonderheiten bezüglich Ihrer Regelblutung? Nein Ja Wenn ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Zyklus | <input type="checkbox"/> keine Regelblutung mehr seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen | <input type="checkbox"/> andere Besonderheit / Beschwerde: _____ |
| <input type="checkbox"/> sehr schwache / kurze Regelblutung | _____ |
| <input type="checkbox"/> sehr starke / langanhaltende Regelblutung | _____ |

Verwenden Sie als Verhütungsmittel die Antibabypille oder ein anderes hormonelles Verhütungsmittel (z. B. Hormonpflaster, -spirale, -stäbchen)?

Nein Ja, ich verwende folgendes Verhütungsmittel _____ Seit: _____

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung / Krebsvorsorge? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Brustultraschall / eine Mammographie (Röntgenuntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung) durchgeführt?

Nein Ja Wenn ja, wann? _____

Sind Sie schwanger?

Nein Ja Ich weiß es nicht.

Waren Sie schon einmal schwanger?

Nein Ja Wenn ja, füllen Sie bitte die folgenden Angaben aus:
Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____ Wie viele Geburten hatten Sie? _____

Gab es Schwangerschafts- und / oder Geburtskomplikationen?

Nein Ja
Wenn ja, welche? _____

FRAUENGESUNDHEIT, SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Wurden bei Ihnen bereits folgende Erkrankungen diagnostiziert?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> * Gynäkologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> * Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis / HIV) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II | <input type="checkbox"/> * Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte (z. B. Cholesterin) | <input type="checkbox"/> * Herz-Kreislaufkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> * Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Blutgerinnung | <input type="checkbox"/> * Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> * Andere Vorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | Bei dieser Kennzeichnung * bitten wir um eine genauere Nennung der Erkrankung. |
| <input type="checkbox"/> Asthma | _____ |
| <input type="checkbox"/> Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) | _____ |

Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle oder (gynäkologische) Operationen?

- Nein Ja Wenn ja, welche und wann? _____

Haben Sie Allergien?

- Nein Ja, ich reagiere allergisch auf: _____

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten?

- Nein Ja, ich vertrage Folgendes nicht: _____

Sind in Ihrer blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen aufgetreten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> * Allergien |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> * Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> * Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I / Typ II | <input type="checkbox"/> * Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> * Andere Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | Bei dieser Kennzeichnung * bitten wir um eine genauere Nennung der Erkrankung. |
| <input type="checkbox"/> Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Thrombose / Embolie | |

- Mir sind **keine** Erkrankungen in meiner blutsverwandten Familie bekannt.

Welche Medikamente / Hormonpräparate nehmen Sie zurzeit ein?

(Wenn vorhanden, bitte Ihren Medikamentenplan mitbringen.)

Medikament	Häufigkeit
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Rauchen Sie?

- Nein Ja Wenn ja, wie viel pro Tag? _____ Ich rauche nicht mehr seit: _____

Trinken Sie Alkohol?

- Nein, ich trinke nie. Ja, ich trinke gelegentlich. Ja, ich trinke eher regelmäßig.

Richtigkeit der Angaben und Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift