Fragebogen

Frauenärztinnen Dr. med. Bettina Schulz & Dr. med. Heike Zwahr

Gynäkologie & Geburtshilfe, Psychotherapie

Liebe Patientin,
wenn Sie unsere Praxis das erste Mal aufsuchen, bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Vorgeschichte zu erhalten, so dass wir die Behandlung darauf abstimmen können.
Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie beim Ausfüllen Fragen haben. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihre Dr. Bettina Schulz, Dr. Heike Zwahr und Ihr Praxisteam

Name: . . . . . .

Vorname: . . . . . .

Geburtsdatum: . . . . . Alter: . . . . . .Tel.: . . . . . .

Adresse: . . . . . .

Hausärztin/-arzt: . . . . . .

mitbehandelnde Fachärzte: . . . . . .

. . . . . .

Regelanamnese

Wie alt waren Sie bei Ihrer erste Regel? . . . . . Ihre letzte Regelblutung war . . . . . .

Ist oder war der Zyklus regelmäßig? ☐ ja ☐ nein: . . . . . .

Krebsvorsorge

Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorge? . . . . . .

Wann war Ihre letzte Mammografie? . . . . . .

Hatten Sie jemals eine Brust-Sonografie? ☐ nein ☐ ja, wann: . . . . . .

Hatten Sie jemals eine Darmspiegelung (Koloskopie)? ☐ nein ☐ ja, wann: . . . . . .

bisherige Verhütungsmethoden (Pille, Pflaster, Hormonring, Spirale, Kondom ...)

Methode . . . . . von . . . . . bis . . . . . .

Methode . . . . . von . . . . . bis . . . . . .

Methode . . . . . von . . . . . bis . . . . . .

Haben Sie derzeit akute Beschwerden?

☐ nein ☐ ja: . . . . . .

. . . . . .

Haben Sie Vorerkrankungen? (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Asthma bronchiale ...)

☐ nein ☐ ja: . . . . . .

. . . . . .

Hatten Sie allgemeine Operationen? (z. B. Blinddarm-Entfernung ...)

☐ nein ☐ ja: . . . . . .

. . . . . .

Hatten Sie gynäkologische Operationen?

☐ nein ☐ ja: . . . . . .

. . . . . .

Gibt es bösartige Erkkrankungen in ihrer Familie? (z. B. Brustkrebs ...)

☐ nein ☐ ja: . . . . . .

Hatten Sie Geburten?

☐ nein ☐ ja, wieviele: . . . . . .

. . . . . .

wann: . . . . . Komplikationen: . . . . . .

Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, Eileiterschwangerschaften?

☐ nein ☐ ja, wieviele: . . . . . .

. . . . . .

Besteht ein Kinderwunsch?

☐ nein ☐ ja, seit: . . . . . .

Besteht eventuell eine Schwangerschaft oder vermuten Sie, schwanger zu sein?

☐ nein ☐ ja: . . . . . .

. . . . . .

wenn ja, wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung? . . . . . .

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name: . . . . . Dosis: . . . . . seit: . . . . . .

Name: . . . . . Dosis: . . . . . seit: . . . . . .

Name: . . . . . Dosis: . . . . . seit: . . . . . .

Reagieren Sie allergisch auf Stoffe oder Medikamente?

☐ nein ☐ ja, auf welche Stoffe: . . . . . .

. . . . . .

Konsumieren Sie folgende Stoffe?

Nikotin: ☐ nein ☐ ja ☐ gelegentlich

Alkohol: ☐ nein ☐ ja ☐ gelegentlich

Cannabis: ☐ nein ☐ ja ☐ gelegentlich

sonstige Drogen: ☐ nein ☐ ja ☐ gelegentlich

Haben Sie ein persönliches Anliegen?

☐ nein ☐ ja: . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Datum: . . . . . Unterschrift: . . . . . .