

Fragebogen

Frauenärztinnen Dr. Schulz & Dr. 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. med. Bettina Schulz, Dr. med 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 Erkränkungen 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 Cannabis: nein ja gelegentlich

Alkohol: nein ja gelegentlich sonstige Drogen: nein ja gelegentlich

Haben Sie ein persönliches Anliegen?

nein ja:

Datum: Unterschrift: