

Liebe Patientin,

die nachfolgenden Fragen helfen uns Ihnen eine komplikations- und reibungslose Behandlung zu ermöglichen. Bitte tragen Sie mit Ihren Angaben dazu bei.

Name _____

Vorname _____ geb. _____

Ich bin erreichbar unter

Telefon-Nr.: _____

Handy-Nr.: _____

Ich bin krankenversichert bei:

Ich verfüge über eine private Zusatzversicherung

ja nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (nur beim 1. Mal ausfüllen)

- Durch die Familie
- Durch Freunde oder Bekannte
- Durch eine(n) Arbeitskollegin/en
- Durch die Empfehlung meines Hausarztes
- Durch die Empfehlung des überweisenden Arztes
- Durch das örtliche Telefonbuch
- Durch das Internet
- Durch eine unserer Patientinnen
- _____

Wer ist Ihr Hausarzt/ärztin?

Welcher Arzt/Ärztin hat Sie zu uns überwiesen und darf er/sie einen Bericht über das Untersuchungsergebnis erhalten?

- Hausarzt ja nein
- _____ ja nein

Medizinische Daten und Vorgeschichte

Ihre Größe _____cm Ihr Gewicht _____kg

Grund der Vorstellung

- Ich habe Beschwerden.
- Ich wünsche nur eine Beratung.
- Ich wünsche eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung („Krebsvorsorge“).
- Ich glaube schwanger zu sein.

1. Regeldaten

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung (Menarche)?

Mit _____ Jahren

- Ich bin bereits nach den Wechseljahren (Klimakterium/Menopause) seit _____ (weiter mit Punkt 3).

- Meine aktuell letzte Periodenblutung war am _____ (1. Tag der Blutung)

- Mein Zyklus ist _____ Tage/Wochen lang. Meine Blutung dauert _____ Tage. Die Blutung ist normal schwach stark.

- Ich bin aktuell nicht schwanger.

- Ich bin aktuell schwanger in der _____ Woche.

2. Verhütung

- Ich verwende die Anti-Baby-Pille. Welche? _____
- Ich trage eine Hormonspirale.
- Ich trage eine Kupferspirale.
- Ich bin sterilisiert.
- Mein Partner ist sterilisiert.

3. Schwangerschaften/Geburten

- Ich habe _____ Kinder.
- Es gab Besonderheiten bei den Schwangerschaften, Geburten oder bei meinen Kindern bestehen angeborene Erkrankungen. („Schwangerschaftsvergiftung“, Kaiserschnitte, Saugglocke, Steißlage, ...)

Welche? _____

- Ich hatte _____ Fehl- oder Totgeburten.

4. Erkrankungen

Hatten Sie bereits gynäkologische Erkrankungen, Brusterkrankungen oder Unterleibsentzündungen? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Hatten Sie bereits sonstige schwerere Erkrankungen? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

5. Operationen

Hatten Sie bereits gynäkologische Operationen oder Eingriffe? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Hatten Sie bereits andere Operationen oder Eingriffe? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

6. Besondere gynäkologische Probleme

- Ich leide unter häufigem Harndrang.
- Ich kann Urin und/oder Stuhl bei Belastung (Heben, Husten, Niesen) nicht halten.
- Ich leide unter starken Periodenschmerzen schon immer. erst mit der Zeit.
- Ich habe einen Knoten in der Brust getastet.
- Aus meiner Brust kommt Flüssigkeit: milchig klar gelblich blutig grünlich-braun
- Ich habe Brustschmerzen.
- Ich leide unter Hitzewallungen, Schlafstörungen, Unruhe.
- Ich habe Unterbauchschmerzen.
- Ich habe Brennen, Juckreiz, Wundsein.
- _____

7. Allergien

Leiden Sie an Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

8. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder häufig Medikamente (außer die Pille) ein? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

- zur Blutverdünnung: _____
- Metformin
- _____

9. Familiengeschichte

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen, chronische Erkrankungen (Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck), Erbkrankheiten oder sonstige Erkrankungen? Ja Nein

Wenn Ja, welche und wer ist betroffen?

10. Sonstiges

Wurde bei Ihnen jemals eine Mammographie oder Brustultraschall durchgeführt? Ja Nein

Wenn Ja, wann und wo zuletzt?

Mammographie _____

Ultraschall _____

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung:

Ich versichere die Richtigkeit meiner obigen Angaben.

Würzburg, den _____

Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters