

Adresse und
Telefonnummer



Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir gezielt auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen können, beantworten Sie uns bitte vorab einige Fragen:

- | 1. | Vorname, Name | Geburtsdatum | Familienstand | Beruf |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|---------------------|
| | | | | |
| 2. | Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorge? Bitte bringen Sie uns das Ergebnis mit Datum Ihres letzten Vorsorgeabstriches mit. Haben Sie akute Beschwerden? | | | |
| | | | | |
| 3. | Wann war der erste Tag Ihrer letzten Periode? Wie verläuft Ihr Zyklus? | | | |
| | | | | |
| 4. | Wie verhüten Sie? | | | |
| | | | | |
| 5. | Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte geben Sie auch die Einnahme von pflanzlichen oder Vitaminpräparaten an. | | | |
| | | | | |
| 6. | Haben Sie Kinder? Wenn ja, wann sind sie geboren? | | | |
| | | | | |
| 7. | Hatten Sie sonstige Schwangerschaften (wie z.B. Fehlgeburten)? | | | |
| | | | | |
| 8. | Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, wann und warum? | | | |
| | | | | |
| 9. | Liegen bei Ihnen innere Erkrankungen vor, z. B. Diabetes oder Bluthochdruck? | | | |
| | | | | |
| 10. | Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, geben Sie bitte an, welche. | | | |
| | | | | |
| 11. | Haben Sie Röteln oder Windpocken gehabt oder wurden Sie gegen Röteln oder Windpocken geimpft? | | | |
| | | | | |
| 12. | Wurden Sie gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft (HPV-Impfung)? | | | |
| | | | | |
| 13. | Gibt es in Ihrer Familie Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen oder Thrombose/Gerinnungsstörungen? Wenn ja, welche? | | | |
| | | | | |
| 14. | Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie? Rauchen Sie? | | | |
| |cm |kg |Zigaretten / Tag | VIELEN DANK! |