

Gemeinschaftspraxis für Frauenheilkunde

Vera Albers · Dr. med. Katja Lemloh



Marie Kristin Witthaus-Ullshöfer · Julia Pabst (angestellte Fachärztinnen) · Dr. med. Paul - Georg v. d. Helm (Privatpraxis)

Sixtusstraße 39 · 45721 Haltern am See
Telefon 02364 15222 · Fax 02364 168896

e-mail: info@frauenarzt-haltern.de

Name:	Vorname:	geb. am:
Telefon:	Größe:	Gewicht:

Datum:

Sehr geehrte Patientin,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen:

- Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? _____ Jahr
- Fehlgeburten? _____
- Spontane Entbindung(en) _____
- Kaiserschnittentbindung(en) _____
- Besonderheiten in der Schwangerschaft (z.B. vorz. Wehen, Schwangerschaftszucker, Frühgeburt, Schwangerschaftsvergiftung, etc.) _____
- Welchen Beruf üben Sie aus? Arbeiten Sie mit Gefahrstoffen? _____
- Mit wie viel Jahren hatten Sie zum ersten Mal Ihre Periode? _____
- Datum der letzten Periode? _____
- Datum der letzten Krebsvorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt: _____
- Wurde bei Ihnen eine Mammographie durchgeführt? Wenn ja, wann? _____
- Wurde bei Ihnen eine Darmspiegelung durchgeführt? Wenn ja, wann? _____
- Sind Sie geimpft oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? _____
Röteln ____ Windpocken _____
- Sind Sie gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft? _____

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit!

- Sind Sie Raucherin? Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? _____
- Hatten Sie selber bisher eine Thrombose (Blutgerinnsel), eine Embolie, einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt? _____
- Ist bei Ihnen eine Gerinnungsstörung bekannt? _____
- Gibt es o.g. Erkrankungen bei Ihren Eltern, Kindern oder Geschwistern? _____

bitte wenden

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Zuckerkrankheit _____
- Schilddrüsenerkrankung _____
- Lebererkrankung _____
- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) _____
- Magen-Darm-Erkrankungen _____
- Infektionserkrankungen (Hepatitis, Aids) _____
- Häufige Kopfschmerzen oder Migräne _____
- Krebserkrankungen _____
- Bluthochdruck _____
- Sonstige Erkrankungen _____

Sind Allergien bei Ihnen bekannt und/oder vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Welche Operationen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

Liegt in Ihrer Familie Brust-, Eierstock- oder Gebärmutterhalskrebs vor?

Vielen Dank