

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Die unten stehenden Angaben sind für uns von großer Bedeutung.

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus.

Aus welchem Grund suchen Sie uns heute auf / welche Beschwerden haben Sie?

Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt? (Monat/
Jahr)

Haben Sie bereits eine Mammographie durchführen lassen?

O Nein O Ja Wann wurde diese durchgeführt? (Monat/
Jahr)

Fragen zur Regelblutung:

Haben Sie zur Zeit noch Regelblutungen?

O Nein, seit _____ Jahren nicht mehr O Ja, zuletzt _____

Kommt Ihre Regelblutung regelmäßig?

Ja, alle _____ Tage Nein, unregelmäßig Tage/
Wochen
alle

Wie viele Tage dauert die Blutung? Tage

Wie stark blutet es? O Leicht O Mittel O Stark

Haben Sie an den Tagen vor oder während Ihrer Regelblutung Beschwerden? z.B. Schmerzen

O Nein O Ja, ich leide unter folgenden Be-
schwerden _____

Fragen zu Verhütung und Schwangerschaften:

(Wie) verhüten Sie? O Nicht O Pille O Spirale O Kondome O sonsti-
ges

Waren Sie schon einmal schwanger?

O Nein O Ja Geburten (Jahr): _____

Aborte / Abbrüche
(Jahr/

Fragen zu Lebensgewohnheiten:

Rauchen Sie? Nein Ja Wieviel: _____ pro
Tag

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Fragen zu Vorerkrankungen / Medikamenten und Operationen:

Hatten Sie schon einmal eine Erkrankung des Unterleibs (zB Zysten/ Endometriose) oder der Brust?

Nein Ja, folgende Erkrankung _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (auch Hormone, Vitamine oder pflanzliche Präparate)?

Nein Ja, welche:

_____	_____
_____	_____

Wurden Sie schon einmal operiert?

Nein Ja, folgende Operationen _____

Haben Sie Allergien?

Nein Ja, folgende _____

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden??

Hitzewallungen/Schweißausbrüche	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzklopfen/Herzrasen/Herzstolpern	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nächtliche Unruhe/Schlafstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Probleme beim Wasserlassen/häufiger Harndrang	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
unwillkürlicher Harnabgang	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Trockene Scheide/Beschwerden beim Geschlechtsverkehr	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Minderung des sexuellen Interesses	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Depressivität/Ängstlichkeit	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Leistungsabfall/Müdigkeit/Schwäche	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Haben Sie schon mal eine Thrombose, Embolie oder einen Schlaganfall gehabt?

O Nein O Ja

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Schilddrüsenerkrankung (Unter-/Überfunktion)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Erkrankungen des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystems (zB Bluthochdruck)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Migräne, Schlaganfall)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Erkrankungen der Lunge (z. B. chr. Bronchitis, Asthma)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Erkrankungen der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Erkrankungen des Magen-/Darmtraktes	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Erkrankungen der Niere und Harnwege (zB Nierenbeckenentzün	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Krebs / bösartige Erkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Seelische Erkrankungen (Depression/ Psychose)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Falls ja, welche Erkrankung _____

Fragen zu familiären Erkrankungen:

Ist oder war jemand in Ihrer näheren Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) schwer erkrankt?

Inbesondere Thrombose, Embolie, Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes mellitus.

Falls ja, geben Sie bitte genau an wer erkrankt ist und woran er erkrankt war bzw. ist.

Datum:

Unterschrift: