

## Sehr geehrte Patientin,

bei Ihrer ersten Vorstellung in unserer Praxis möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu Ihrer Krankengeschichte möglichst vollständig zu beantworten. Sollten Sie sich bei einigen Angaben nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben bitte mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Tel.-Nr.:

E-Mail (wenn vorhanden):

Hausarzt:

Beruf:

Körpergröße:

Körpergewicht:

### Gynäkologische Vorgeschichte:

**Alter bei der 1. Regelblutung:**

**1. Tag der letzten Regelblutung:**

**Regeltyp:** Wie lange dauert die Regelblutung?:

Abstand Regelblutung: regelmäßig/ unregelmäßig

Bei Frauen **nach** den Wechseljahren ---> Alter bei der letzten Regelblutung:

**Bisherige Verhütungsmethoden:**

keine / Kondom / Pille / Vaginalring / Spirale / 3-Monatsspritze / Sterilisation

**Bisherige Schwangerschaften:**

Anzahl und Jahr der Geburten: davon Kaiserschnitte im Jahr:  
davon Zange/ Saugglocke im Jahr:

Komplikationen/ Besonderheiten Schwangerschaft und Geburt:

Anzahl Fehlgeburten: Abbrüche: Eileiterschwangerschaften: links/rechts

**Gynäkologische Erkrankungen/Operationen:**

**Geschlechtskrankheiten in der Vergangenheit:**

**Letzte Mammografie** (Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust):

**Letzte Koloskopie** (Darmspiegelung):

**Andere eigene Erkrankungen oder Operationen:**

(z.B. Bluthochdruck; Herzrhythmusstörungen; Diabetes; Gerinnungsstörungen; Herz,-Leber- oder Nierenerkrankungen, Osteoporose, Migräne, Schilddrüsenerkrankungen, Gemütskrankungen, HIV/Hepatitis, Krebserkrankungen, Asthma/ COPD; Epilepsie, Krampfadern, Thrombose/Embolie/Herzinfarkt/Schlaganfall...Blindarm-OP, Gallen-OP u.a.)

**Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:**

(z.B. „Blutverdünner“ wie Falithrom/Marcumar/ASS; Antidiabetika wie Metformin; Insulin; Blutdrucksenker, Schilddrüsenhormone, Antidepressiva usw.)

**Sind bei ihnen Allergien bekannt? :**

(wichtig sind z.B. Unverträglichkeiten von Medikamenten, Jod, Latex, Pflaster)

**Genuss-/Suchtmittel:**

(wie viel pro Tag bzw. Woche?)

Nikotin:

Alkohol:

Drogen:

**Erkrankungen in Ihrer Familie (Blutsverwandte):**

(z.B. Krebserkrankungen, Diabetes, Gerinnungsstörungen; Thrombosen/Embolien; Bluthochdruck; Herzinfarkt; Schlaganfall, Erbkrankheiten)

Wer?

Was?

**Raum für weitere Anmerkungen/aktuelle Beschwerden:**

Datum:

Unterschrift:

**Danke für Ihre Mithilfe! Ihr Praxisteam**