


## Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

 Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Name:  Vorname:

Adresse:

geboren am:

Körpergröße:  cm Körpergewicht:  kg

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:

telefonisch erreichbar: privat:  dienstlich:   
Handy:

E-Mail:

Hausarzt (Name, Ort):

Regelblutung: erste Regel (Periode) mit  Jahren  
keine Regel (Periode) mehr seit  Jahren  
Ist (oder war) die Periode regelmäßig? ja, alle  Tage  
nein,

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann erfolgte die letzte **Impfung**?

Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			

Masern, Mumps, Röteln (MMR)    
Sonstige (Grippe, Influenza)

Wann war die **letzte gyn. Untersuchung?**

Wann war die **letzte Krebsvorsorge?**

Wann war die **letzte Mammographie/Sonographie?**

Haben Sie **derzeit Beschwerden?**

 nein ja, welche

Haben Sie **derzeit Probleme im Sexualleben?**

 nein ja, welche

## Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden?

Methoden: Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monats-Spritze, Sterilisation, Kondom etc.

Methode

von

bis

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

## Erkrankungen:

Erkrankung (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

## ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

Verwandtschaftsgrad  
(z.B. Mutter, Bruder)

Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung,  
Blutgerinnungsstörungen, Erbkrankheiten)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

## allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm):

Datum

Art des Eingriffs

<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>

## gynäkologische Operationen:

Datum

Art des Eingriffs

<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>

## Geburten:

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften:

Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter-Schwangerschaft/Seite (rechts, links angeben)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch?

ja, seit   nein

## Besteht derzeit eine Schwangerschaft, oder vermuten Sie schwanger zu sein?

ja  nein

Wenn ja: Wann war der 1. Tag der letzten Periode?

## Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Dosis	seit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Allergische Reaktion auf folgende Stoffe (z.B. Penicillin, Jod):

nein

ja, auf:

## Konsum von:

(ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sonstiges:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam Dr. Sarah Beathalter