



Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt nach bestem Wissen zu beantworten. Dies soll das persönliche Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt selbstverständlich nicht ersetzen, sondern dient ausschließlich der Optimierung des Behandlungsablaufes.

(Patientenaufkleber)

Bitte füllen Sie jeden Punkt auf den 4 Seiten aus

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum _____ Alter: _____

aktuelle Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg Beruf: _____

Handy-Nummer _____ Tel.Nr. Angehörige: _____

Email-Adresse: _____

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich ☐

Ich habe eine private Zusatzversicherung:

Nein ☐ Ja ☐ ⇒ 1 Bett ☐ 2 Bett ☐
Chefarzt: Nein ☐ Ja ☐

Privat ☐

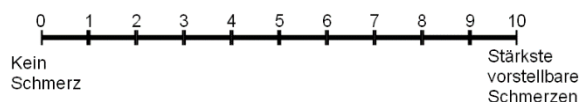
1 Bett ☐
2 Bett ☐
Chefarzt: Nein ☐ Ja ☐

Rauchverhalten: _____ tgl. (Anzahl) früher ☐ nie ☐ Alkohol: nie ☐ wenig ☐ regelmäßig ☐ häufig ☐

Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt/Frauenärztin? Wer soll einen Arztbrief erhalten?

Beschwerden/Symptome (nicht Diagnose)

Haben Sie Schmerzen?



Haben Sie Allergien?

Nein ☐

Ja ☐ gegen: _____



Gynäkologische Anamnese

Letzte Mammographie: _____ / _____ Wo? _____
Monat Jahr

Letzter Krebsabstrich: _____ / _____ Wo? _____
Monat Jahr

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Nein ☐ wenn ja, wann? _____

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? normal ☐ Verstopfung ☐ Durchfall ☐ Schmerzen ☐

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? normal ☐ häufig ☐ Schmerzen ☐ blutig ☐ Urinverlust ☐

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode? _____ Jahre

Wenn Sie Ihre Periode noch bekommen:

1. Tag der letzten Periode: _____

Zyklusdauer: Blutungsdauer _____ Tage / Zyklusdauer _____ Tage regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐

Zwischenblutungen: ja ☐ nein ☐ Blutungsstärke: stark ☐ mittel ☐ schwach ☐

Wie verhüten Sie? ☐ Pille (Name) _____ ☐ Spirale (Name) _____
☐ Kondom ☐ Sonstiges _____
☐ Partner ist sterilisiert ☐ gar nicht

Wenn Sie Ihre Periode nicht mehr bekommen:

Wie alt waren Sie bei ihrer letzten Periode? _____ Jahre

Schwangerschaften / Fehlgeburten

Wie oft sind Sie schwanger gewesen? _____ (Gesamtzahl der Schwangerschaften bitte eintragen)

Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____ (Kinder) vaginal: _____ Kaiserschnitt: _____

Fehlgeburten _____ Anzahl Keine ☐

Schwangerschaftsabbrüche _____ Anzahl Keine ☐



Operationen Keine ☐				
Wann Monat / Jahr	Welches Krankenhaus	Weshalb	Welche Operation	Komplikationen
1.				Keine ☐
2.				Keine ☐
3.				Keine ☐
4.				Keine ☐
5.				Keine ☐

Erkrankungen Keine ☐ (z.B. Herz, Bluthochdruck, Lunge, Magen/Darm, Zucker, Schilddrüse, Niere, Krebs, Nervensystem etc.)			
	Nein	Welche Erkrankung?	Ja, bekannt seit Monat/Jahr
Herz			
Bluthochdruck			
Schlaganfall			
Lunge			
Magen / Darm			
Zucker			
Schilddrüse			
Niere			
Krebs			
Nervensystem			
Blutgerinnungsstörungen			
Thrombosen/Embolien			
andere Erkrankungen			
Infektionskrankheiten	Nein	Ja	
• HIV			
• Hepatitis B			
• Hepatitis C			
• andere			
• Geschlechtskrankheiten			



Medikamentenname mit Dosierung (z.B. mg)	morgens	mittags	nach- mittags	abends	seit wann Monat / Jahr
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Medikamentenplan liegt vor: ☐
 Die häusliche Medikation kann übernommen werden ☐ Hdz Ärztin/Arzt _____

Sind in <u>Ihrer Familie</u> Krebserkrankungen bekannt?					
			WER ist erkrankt? (Vater, Mutter, Schwester, Bruder, Kinder, Großeltern, Tanten, Onkel)		In welchem Alter ist das <u>jüngste</u> Familien-mitglied erkrankt?
Brustkrebs	☐ nein	☐ ja	väterlicherseits	mütterlicherseits	Jahre
Unterleibskrebs _____	☐ nein	☐ ja			Jahre
(bitte angeben welcher)					
Sonstiger Krebs _____	☐ nein	☐ ja			Jahre
(bitte angeben welcher)					
Sonstige Erkrankung _____	☐ nein	☐ ja			Jahre
(bitte angeben welche)					

Datum _____

Unterschrift Patientin/Patient _____

Unterschrift Ärztin/Arzt _____