

Patientenfragebogen Gynäkologie

Allgemeine Daten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Anschrift:

Name / Anschrift des Hausarztes:

Name/ Anschrift des Gynäkologen:

Persönliche Daten:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Nikotin: ☐ Nein ☐ Ja, seit wann: _____ täglich: _____ Zigaretten

Warum stellen Sie sich heute in unserer Praxis vor?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Nehmen Sie Biotin ein? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Allergien? ☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

Hatten Sie bereits gynäkologische Operationen? ☐ Nein ☐ Ja, Welche/wann? _____

Anzahl und Jahr der Schwangerschaften: _____

Spontan oder Kaiserschnitt? _____

Fehlgeburten: _____ Abbrüche: _____

Sind bei Ihnen ernsthafte Vorerkrankungen / Begleiterkrankungen bekannt? Wenn ja welche?

Ist bereits eine Mammographie (Röntgen der Brust) durchgeführt worden?

☐ Nein ☐ Ja, wann zuletzt? _____

Ist ein familiärer Brust-Krebs/Eierstockkrebs bekannt?

☐ Nein ☐ Ja, wer? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? _____

Wie verhüten Sie? _____

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Regelblutung? _____

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? ☐ Ja ☐ Nein

In welchem Abstand kommt die Blutung? _____ Blutungsdauer? _____ Blutungsstärke? _____

Erste Regel mit _____ Jahren

Wünschen Sie eine Erinnerung an die jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung? ☐ Ja ☐ Nein

Datum

Unterschrift