



Sehr geehrte Patientin,

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Bedeutung. Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen. Sollten Sie sich bei einer Frage nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bestätigen Sie am Ende des Dokuments bitte die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Patientin:

Name

Vorname

Geb.-Datum

Beruf/ Arbeitgeber:

Tel. Privat: Mobil:

Hausarzt: Größe: cm Gewicht: kg

Halten Sie Ihr Gewicht?NeinJa

Alter bei der ersten Regelblutung? Jahre Datum der letzten Regelblutung:

Zyklus (erster Tag der Blutung bis zur nächsten Periode):Tage

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft?NeinJa

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung:

Verhüten Sie?:NeinJamit Pillemit KondomSpiraleRingSonstiges

Rauchen Sie?:NeinJaaufgehört wenn ja, wie viele am Tag

Operationen (gynäkologisch):
..... Entfernung Gebärmutter
..... Entfernung des rechten und/ oder linken Eierstocks
..... Entfernung des Gebärmutterhalses (Zervix)

Darmspiegelung: Nein Ja Wann? Welcher Befund?

Mammographie: Nein Ja Wann? Welcher Befund?

Allergien: Nein Ja wenn ja, welche:

Sind Sie schwanger? Nein Jamöglicherweise

Anzahl der Geburten: 1 2 3 4 5mehr
davonKaiserschnitte..... Zange..... Saugglocke.....Frühgeburt

Anzahl:.....FehlgeburtenSchwangerschaftsabbrücheEileiterschwangerschaften

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? Zutreffendes ankreuzen:

| | | |
|--|------|----|
| Gerinnungsstörung | Nein | Ja |
| Thrombose | Nein | Ja |
| Schlaganfall | Nein | Ja |
| Herzinfarkt | Nein | Ja |
| Krampfadern | Nein | Ja |
| Migräne | Nein | Ja |
| Bluthochdruck | Nein | Ja |
| Lebererkrankungen | Nein | Ja |
| Diabetes Mellitus | Nein | Ja |
| Epilepsie | Nein | Ja |
| Schilddrüsenerkrankung | Nein | Ja |
| Blutungsneigung | Nein | Ja |
| Hepatitis | Nein | Ja |
| HIV | Nein | Ja |
| Asthma | Nein | Ja |
| Krebserkrankungen | Nein | Ja |
| Probleme Wasserlassen | Nein | Ja |
| Probleme Stuhlgang | Nein | Ja |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | Nein | Ja |

Welche?

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen auf?
Zutreffendes ankreuzen:

| | | |
|---|------|----|
| Bluthochdruck | Nein | Ja |
| Schlaganfall vor dem 50. Lebensjahr | Nein | Ja |
| Thrombose oder Embolie vor dem 50. Lebensjahr | Nein | Ja |
| Brust-/Eierstockkrebs (Oma, Mutter, Tante) | Nein | Ja |
| Andere Krebserkrankungen? | Nein | Ja |
| Diabetes Mellitus | Nein | Ja |
| Erbkrankheiten | Nein | Ja |

Sind Sie bereits gegen das Corona-Virus geimpft? Nein Ja

Bei Änderung der oben angegebenen Daten werde Ich das Praxisteam informieren.

Akteneinsicht von Herrn Schöngart eingewilligt? (Nur falls Sie Patientin waren)

Beverungen, den

Unterschrift: