



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: