

ANNETT BEST

Frauenarztpraxis

Sehr geehrte Patientin,

Sie sind eine neue Patientin in unserer Praxis. Wir benötigen noch einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie gewissenhaft die nachstehenden Fragen und teilen Sie uns stets Änderungen bezüglich Ihrer Gesundheit mit.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____

Hausarzt: _____ Adresse: _____

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____

Wann war Ihre letzte Monatsblutung? _____

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus? ja nein

Leiden Sie unter Blutungsstörungen? ja nein _____
(zu häufig, zu stark, schmerzhaft, geringe oder keine Blutung)

Wann war Ihre erste Blutung? _____

Wie oft waren Sie schwanger? _____

Wie oft haben Sie geboren? _____

Haben Sie normal oder per Kaiserschnitt entbunden? _____

Sind Ihre Kinder gesund zur Welt gekommen? ja nein

Hatten Sie eine Fehlgeburt? ja nein

Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch? ja nein

Waren Sie schon einmal gynäkologisch krank? ja nein _____

Sind Sie schon einmal gyn. operiert worden? ja nein _____

Hatten Sie schon einmal eine Mammografie? ja nein

Wenn ja, wann war die letzte? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ ja nein

Nehmen Sie die Pille oder Hormonersatzpräparate ein? ja nein

Sind Sie vollständig gegen HPV geimpft? ja nein

Besteht bzw. bestand bei Ihnen
eine der folgenden Erkrankungen?

1. Allergien, Unverträglichkeiten ja nein _____

2. Anfallsleiden (*Epilepsie*) ja nein

3. Leiden Sie unter Migräne? ja nein

4. Atemwegserkrankung, welche	O ja	O nein	_____
5. Blutgerinnungsstörung	O ja	O nein	
6. Hatten Sie eine Thrombose oder Embolie?	O ja	O nein	
7. Haben Sie Krampfadern?	O ja	O nein	
8. Blutungsneigung	O ja	O nein	
9. Diabetes mellitus (<i>welcher Typ</i>)	O ja	O nein	_____
10. Schilddrüsenerkrankung (<i>welche</i>)	O ja	O nein	_____
11. andere Stoffwechselerkrankungen (<i>welche</i>)	O ja	O nein	_____
12. Herz-Kreislauf-Erkrankung	O ja	O nein	
12.1 Herzinsuffizienz	O ja	O nein	
12.2 Koronare Herzerkrankung/Angina pectoris	O ja	O nein	
12.3 Herzinfarkt	O ja	O nein	
12.4 Herzrhythmusstörungen	O ja	O nein	
12.5 Herzklappenfehler/-ersatz	O ja	O nein	
12.6 erhöhter Blutdruck	O ja	O nein	
12.7 erniedrigter Blutdruck	O ja	O nein	
12.8 Schlaganfall	O ja	O nein	
13. Infektionskrankheiten	O ja	O nein	
13.1 Hepatitis	O ja	O nein	
13.2 Immunmangelsyndrom (AIDS)	O ja	O nein	
13.3 Andere	O ja	O nein	
14. Lebererkrankungen	O ja	O nein	
15. Magen-Darm-Erkrankungen	O ja	O nein	
16. Nierenerkrankungen	O ja	O nein	
17. Osteoporose	O ja	O nein	
18. Tumorerkrankungen	O ja	O nein	
19. Sind Sie schon einmal operiert worden? (<i>Wenn ja, was/warum und wann</i>)	O ja	O nein	_____
20. Sind Sie oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig?	O ja	O nein	
Nehmen Sie Medikamente ein (<i>welche</i>)?	O ja	O nein	_____

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich mitteilen. Ich bin über die gültige EU-Datenschutz-Grundverordnung informiert worden und mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

Annett Best
 Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
 Heusenstammer Straße 31 · 63179 Obertshausen
 Telefon 06104 43771 · Fax 06104 45857
 praxis@frauenheilkunde-best.de · www.frauenheilkunde-best.de