

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden und die Behandlung wesentlich sind.

Die möglichst genaue Beantwortung liegt daher in Ihrem Interesse. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.



**Kontaktdaten:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ, Ort	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Telefon mobil	Hausarzt

Körpergröße in cm: ..... Gewicht in kg: .....

Wann war Ihre letzte reguläre Regelblutung? .....

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung? .....

Wie lange dauert Ihr Zyklus? .....Tage     unregelmäßig     kürzer     länger

Wie lange dauert die Blutung? .....Tage

Anzahl Kinder und Geburtsjahr/e: .....

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?     ja     nein

Wenn ja, welche? .....

Anzahl Ihrer Fehlgeburten: .....

Anzahl Ihrer Eileiterschwangerschaften: .....

Anzahl Ihrer Schwangerschaftsabbrüche: .....

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation?     ja     nein

Wann und welche? .....

Hatten Sie andere Operationen?     ja     nein

Wann und welche? .....

Sind bei Ihnen Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?  ja  nein

Welche? .....

Wurde die HPV-Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt?  ja  nein

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?  ja  nein

Wenn ja, wann? Monat: ..... Jahr: .....

Mit welcher Methode verhüten Sie? .....

Seit wann? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Welche? .....

Nehmen Sie Hormone ein?  ja  nein Seit: .....

Bitte geben Sie an, welche: .....

Haben oder hatten Sie Vorerkrankungen/Infektionen?  ja  nein

.....  
.....

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombosen,  ja  nein  
Lungenembolien oder sonstige Krankheiten aufgetreten?

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied und in welchem Alter?

.....

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

Hausarzt  Internet  von Bekannten  Sonstiges .....

Dürfen wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?  ja  nein

Falls Sie Interesse daran haben, wählen Sie bitte, wie Sie von uns kontaktiert werden möchten:  Telefon  Post  E-Mail

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Esther Klus & Dr. Barbara Müller-Mannscheck – Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

Rodenkirchener Str. 162, 50997 Köln (Rondorf)

Telefon: 02233 28 01 70 [www.frauenaerztin-rondorf.de](http://www.frauenaerztin-rondorf.de)