



**Liebe Patientin,**

wir freuen uns, Sie in unserer Frauenarztpraxis begrüßen zu dürfen.  
Für eine erfolgreiche Behandlung ist für uns die möglichst vollständige Kenntnis Ihrer bisherigen Krankengeschichte wichtig. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen so gut wie möglich.

**Vielen Dank!**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Mobiltel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? O nein

O Ja, was und wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

Bekannte **Allergien** oder Unverträglichkeiten (auch gegen Medikamente)? O nein

O ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? O nein

O ja, welche? \_\_\_\_\_

Zeigen Sie uns bitte Ihren **Impfausweis**, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können.  
Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Freundin/Empfehlung  Telefonbuch  Internet  O anderes

**Praxis-Homepage**

Auf unserer Webseite [www.unverdorben.org](http://www.unverdorben.org) informieren Sie sich schnell über unser Leistungsangebot, aktuelle Gesundheitsthemen und unser Team. Sie können mit unserem **Online-Service** jederzeit bequem **Wiederholungsrezepte vorbestellen** oder **Termine vereinbaren**.

**Erinnerungs- (Recall) Service**

Damit Sie nicht selbst an Ihren nächsten Kontroll-Termin denken müssen, bieten wir Ihnen zu Ihrer Entlastung unseren kostenlosen Erinnerungs-Service an:

Zum gegebenen Zeitpunkt werden Sie dann von uns – telefonisch, elektronisch oder brieflich - über die fällige Kontrolluntersuchung informiert.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden,

per e-mail  SMS  O Brief  
an Ihre Kontrolluntersuchungen erinnert zu werden.

über Neuigkeiten in unserer Praxis mit unserem Praxisnewsletter per e-mail informiert zu werden

Erding, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Welche schweren **Erkrankungen in Ihrer Familie** sind Ihnen bekannt?  keine

- Brustkrebs** bei  Oma  Tante  Mutter  Schwester  
 Eierstockskrebs  anderer Krebs \_\_\_\_\_  Thrombose  Osteoporose

andere KH \_\_\_\_\_

Bisherige **Operationen** bei Ihnen (falls ja, wann und woran)  nein

- Bauchspiegelung  Gebärmutterentfernung  Eierstocksentfernung  
 Ausschabung  Blinddarmentfernung  andere \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen **chronische Erkrankungen** bekannt?  nein

- Zucker-KH  Bluthochdruck  Thrombosen  Krampfadern  
 Leber-KH  Herzinfarkt-Risiko  andere \_\_\_\_\_

Bisherige **eigene urolog.-gynäkolog. Vorerkrankungen**  keine

- Eierstock-Entzündung  Endometriose  Myome  
 Hormonstörungen  Zysten  
 häufige Scheidenentzündungen  sonstige gyn. Vorerkrankungen  
 Nierensteine  häufig Blasen / Nierenentzündungen

### Regelblutung

Wie alt waren Sie bei Beginn Ihrer 1. Monatsblutung: \_\_\_\_\_ Jahre

Wie war in letzter Zeit der Abstand zwischen zwei Regelblutungen

regelmäßig zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_ Tagen

unregelmäßig

habe keine Regelblutung mehr seit \_\_\_\_\_

Wie viel Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich?

\_\_\_\_\_ Tage

Wie stark empfinden sie Ihre Regelblutung?  normal

mittel

stark

Wie **verhüten** sie augenblicklich:

Pille  Kondom  Spirale  anders

Augenblicklicher **Kinderwunsch**:

nein

ja (seit wann)

bisherige Kinderwunschbehandlung (welche) \_\_\_\_\_

Bezeichnen Sie Ihre **Sexualität** als

normal

unbefriedigend

Wurde bei Ihnen schon eine **Hormonersatzbehandlung** durchgeführt?  nein

ja, welche \_\_\_\_\_

Bisherige **Schwangerschaften** (Jahr, Gewicht, Besonderheiten)

normale Geburt \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt \_\_\_\_\_

Fehlgeburt \_\_\_\_\_  Abbruch \_\_\_\_\_

Eileiterschwangerschaft \_\_\_\_\_

In welchem Jahr war Ihre letzte unten aufgeführte **Vorsorgeuntersuchung**? (Auffälligkeiten?)

Krebsvorsorge \_\_\_\_\_

Mammographie \_\_\_\_\_

Knochendichtemessung \_\_\_\_\_

Darmspiegelung \_\_\_\_\_