

Schön, dass Sie da sind!

Um Sie bestmöglich und individuell beraten und therapieren zu können, bitten wir Sie, diesen Bogen über Ihre Krankheitsgeschichte sorgfältig auszufüllen. Bei Fragen kommen Sie gerne auf uns zu. Vielen Dank!

I. Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Versicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat

Name der Krankenkasse: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Nikotin: ☐ ja, _____ Zigaretten/Tag ☐ nein

II. Allgemeiner Gesundheitszustand

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Diabetes mellitus (☐ insulinpflichtig)
- ☐ Schilddrüsenerkrankung (☐ Unterfunktion)
- ☐ Thrombose/ Embolie
- ☐ Krampfadern
- ☐ Migräne (☐ mit Aura)
- ☐ Herzerkrankungen
- ☐ Psychische Erkrankungen/Depression
- ☐ An anderen? _____

Haben Sie Allergien?

☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Wurden Sie schon einmal operiert?

☐ ja ☐ nein

Wann? Welche OP? _____

Gibt es in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen oder Krebs?

☐ ja ☐ nein

Welche? Bei wem? _____

III. Gynäkologischer Verlauf

Erste Periode mit _____ Jahren

Zykluslänge: _____ Tage Blutungsdauer: _____ Tage

Letzte Periode: _____

Zyklusbeschwerden: _____

Letzte gyn. Untersuchung: _____

Verhütungsmittel: _____

Besteht aktuell Kinderwunsch? ☐ ja, seit: _____ ☐ nein

Haben Sie Kinder geboren?

☐ ja ☐ nein

Jahr vaginal Saugglocke/Zange Kaiserschnitt

1. _____ ☐ ☐ ☐

2. _____ ☐ ☐ ☐

3. _____ ☐ ☐ ☐

4. _____ ☐ ☐ ☐

Gab es folgende Besonderheiten oder Komplikationen während einer Schwangerschaft?

- ☐ Fehlgeburten (☐ mit OP) Wann? _____
- ☐ Eileiterschwangerschaften (☐ mit OP) _____
- ☐ Schwangerschaftsabbrüche (☐ mit OP) _____
- ☐ Mehrlingsschwangerschaften _____
- ☐ Weiteres? _____

IV. Vorsorge

Wurden Sie gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft?

☐ vollständig ☐ unvollständig ☐ nein

Hatten Sie bereits eine Mammographie?

☐ ja, zuletzt am: _____ ☐ nein

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung?

☐ ja, zuletzt am: _____ ☐ nein

Datum

Unterschrift

Frauenarztpraxis
Dr. med. Franka Matthes
Dr. med. Kristina Schweer
Reinhold-Frank-Straße 68
76133 Karlsruhe

