

Dr. med. Jan Dieken – Theresa Kowalsky
Gynäkologische Gemeinschaftspraxis

Liebe Patientin,
bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen aus.

Name, Vorname:		Datum:
Geburtsdatum:		Alter:
Adresse:		
Telefon-Nr.:	Handy-Nr.:	
E-Mail:	Beruf:	
Hausarzt:		

Größe (cm):	Gewicht (kg):
-------------	---------------

1. Haben Sie **Kinder** bzw. waren Sie schon einmal **schwanger**? Nein

Geburten / Jahr	Spontan (vaginal)?	Kaiserschnitt?	Besonderheiten?
1.			
2.			
3.			
Fehlgeburten / Schwangerschaftsunterbrechungen?			
Eileiter- / Bauchhöhlen-Schwangerschaft?			

2. Haben Sie **Vorerkrankungen**? Wenn ja, bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride)
<input type="checkbox"/>	Leber- oder Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Darmerkrankung (z. B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)
<input type="checkbox"/>	Migräne (ggf. mit vorausgehenden Seh- / Sprachstörungen und/oder Taubheitsgefühl)
<input type="checkbox"/>	Thrombose
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, Lungenembolie
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, Angina pectoris
<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, koronare Herzkrankheit
<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung
<input type="checkbox"/>	Systemischer Lupus erythematodes / Sichelzellanämie / hämolytisch-urämisches Syndrom
<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	Krebs-Erkrankung? Wenn ja, bitte angeben:
<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen? Wenn ja, bitte angeben:

Gibt es in der Familie Brust- oder Eierstockkrebs oder andere Krebserkrankungen? <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche und bei wem?
Kommen in der Familie gehäuft Thrombosen vor? <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bei wem?
Letzte Mammographie: Brust-Ultraschall:
Letzte Darmspiegelung (Koloskopie):
Letzte Krebsvorsorgeabstrich vom Muttermund (Pap-Abstrich): Bitte den letzten Befund aus der Vorgängerpraxis organisieren und mitbringen!

3. Leiden Sie an **Allergien**? Nein Ja, folgende: _____

4. **Rauchen** Sie? Nein Ja (wenn ja, wie viele?): _____ pro Tag pro Woche

5. Sind Sie schon einmal **operiert** worden? Nein Ja (wenn ja, was und in welchem Jahr?):

6. Nehmen Sie **Medikamente** ein? Nein Ja (wenn ja, welche und in welcher Dosierung?):

7. **Schwangerschafts-Verhütung:** Nein

<input type="checkbox"/> Hormonelle Verhütung wie Pille, Ring, Implanon, Depot-Spritze etc. Welches Präparat und seit wann:
<input type="checkbox"/> Kupferspirale <i>oder</i> <input type="checkbox"/> Hormonspirale – wann eingesetzt?
<input type="checkbox"/> Sonstige Verhütung (z. B. Kondom, Sterilisation):

8. **Regelblutung** (falls Sie bereits in den Wechseljahren sind, bitte unter 9. weiter ausfüllen):

Erster Tag der letzten Blutung / Datum:			
Kommt die Regelblutung bei Ihnen regelmäßig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Zyklusdauer: Dauer vom 1. Tag der Blutung bis 1. Tag der darauffolgenden Regelblutung	Tage:		
Wie viele Tage dauert die Regelblutung etwa?	Tage:		
Blutungsstärke:	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwach	<input type="checkbox"/> stark
Zwischen- und/oder Schmierblutungen?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig
Schmerzen bei der Blutung?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark

9. **Wechseljahre** - Sind Sie bereits in den Wechseljahren oder darüber hinaus? Nein

Wenn ja, welches Alter hatten Sie bei Ihrer letzten Regelblutung?
Leiden Sie aktuell an Wechseljahresbeschwerden? <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, an welchen hauptsächlich:
Haben Sie bereits eine Hormontherapie zur Therapie der Beschwerden erhalten? <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche und wie lange etwa:

Datum, Unterschrift Patientin: _____