

Liebe Patientin,

sollten Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Legen Sie uns außerdem – falls vorhanden – einen Blutgruppenausweis/Impfausweis vor.

Wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben sprechen Sie uns gerne an.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb. dat.:** \_\_\_\_\_

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm **Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ kg **letzte Periode:** \_\_\_\_\_

**Zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:** \_\_\_\_\_

**telefonisch erreichbar (Tel./Fax): privat:** \_\_\_\_\_ **dienstlich:** \_\_\_\_\_

**eMail Adresse:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt, (Name, Ort):** \_\_\_\_\_

**Ich komme auf Empfehlung von:** \_\_\_\_\_

**Erste Regelblutung mit** \_\_\_\_\_ **Jahren, keine Regel mehr seit:** \_\_\_\_\_ **(Jahreszahl)**

**Letzte Darmspiegelung:** \_\_\_\_\_ **Letzte Mammographie:** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  **Nein**  **Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag**

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**  **Nein**  **Ja, \_\_\_\_\_**

**Nehmen Sie Drogen?**  **Nein**  **Ja, \_\_\_\_\_**

**Aktuelle Verhütungsmethode ( Pille, Spirale, sonstige):**

\_\_\_\_\_

**Eigene Erkrankungen:**

**( z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz.- Leber,- Nierenerkrankung, ZNS)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ernsthafte erbliche Erkrankungen in der Familie:**

Verwandtschaftsgrad Erkrankung  
(z.B. Mutter, Bruder) (Blutgerinnungsstörung, Brust- oder Eierstockkrebs, hoher Blutdruck)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Operationen:**

Datum:

Art des Eingriffs:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Geburten/Schwangerschaften (bitte jeweils Jahreszahlen eintragen):**

Spontan	Kaiserschnitt	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwang.

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme:**

Medikament:

Dosis:

seit:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Allergische Reaktionen auf folgende Stoffe:**

\_\_\_\_\_

Hatten Sie oder ein Familienmitglied schon einmal eine Thrombose:     Ja     Nein

Ich bin mit Erinnerungen für Krebsvorsorge-Untersuchungen etc. einverstanden:

Ja             Nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_