



# Aufnahmebogen für neue Patientinnen Gynäkologie

Name/Patient [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum # Pat.-Nr

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Sinne einer optimalen ärztlichen Versorgung bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten und bei der Erstuntersuchung Ihrem Arzt zu übergeben.

## Allgemeine Vorgeschichte

Warum stellen Sie sich in unserer Praxis vor?

## Jetzige Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit? Welche dieser Beschwerden sind für Sie am wichtigsten?

Gab es in Ihrer Familie bestimmte Krankheiten gehäuft? ( z. B. Diabetes ? Bluthochdruck ? Thrombose? Osteoporose? Krebserkrankungen? )

Welche früheren Erkrankungen oder Operationen hatten Sie?

## Wie ist Ihre allgemeine Befindlichkeit in Bezug auf:

Wasserlassen? \_\_\_\_\_ nächtliches Wasserlassen ? \_\_\_\_\_

Schlaf ? \_\_\_\_\_

Allergien ? \_\_\_\_\_

Stuhlgang:  normal  Verstopfung  Durchfall  mit Abführmitteln

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht ? \_\_\_\_\_ kg Ihr Wunschgewicht? \_\_\_\_\_ kg

Wie viel Alkohol trinken Sie? \_\_\_\_\_

Wie viel rauchen Sie am Tag? \_\_\_\_\_

bitte wenden....



## Aufnahmebogen für neue Patientinnen Gynäkologie

Bewegen Sie sich regelmäßig (Spaziergänge / Sport)? \_\_\_\_\_

### Für Frauen:

Wann waren Sie zuletzt bei Ihrem Frauenarzt? \_\_\_\_\_

Zykluslänge: \_\_\_\_\_ Tage      Blutungsdauer: \_\_\_\_\_ Tage

Blutungsstärke:    leicht     mittel     stark

An welchem Zyklustag sind Sie heute (*gezählt ab dem ersten Tag der letzten Blutung*)? \_\_\_\_\_

Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_ Anzahl der Geburten \_\_\_\_\_

Vorsorgeuntersuchung: \_\_\_\_\_ Mammografie \_\_\_\_\_

Alter der ersten Regelblutung: \_\_\_\_\_

Verhütung \_\_\_\_\_

Bei Kinderwunsch: seit wann \_\_\_\_\_ Vorbehandlung? \_\_\_\_\_

Bei Schwangerschaft: Risiken \_\_\_\_\_ letzte Regelblutung \_\_\_\_\_ Geburtstermin \_\_\_\_\_

Komplikationen zuvor (Fehlgeburten/ Fruchttod/ Fehlgeburt) \_\_\_\_\_

### Derzeitige Behandlung

Ihr Hausarzt mit Anschrift: \_\_\_\_\_

Ihr Frauenarzt mit Anschrift: \_\_\_\_\_

Info an welchen Arzt: \_\_\_\_\_ Keine Info an \_\_\_\_\_ Arzt erwünscht

Welche Medikamente nehmen Sie ein (bitte nennen Sie Name und Menge)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? \_\_\_\_\_

### Sozialer Hintergrund

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

Kinder: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar unter: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !