

# Allgemeine Patientendaten Gynäkologie

Nummer: FO-28602    Gültig ab: Gültig ab

## Allgemeine Daten

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Name/ Anschrift vom Frauenarzt: \_\_\_\_\_

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

## Welche Beschwerden führen Sie zu uns:

---

---

---

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Operationen? Allergien? Thrombose? Migräne?

---

---

---

Nehmen Sie Hormonpräparate oder andere Medikamente ein?

---

---

---

## Persönliche Daten

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg (Änderungen? \_\_\_\_\_)      Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Rauchen Sie?     Nie geraucht       Nichtraucher seit: \_\_\_\_\_  
                   Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren

Trinken Sie Alkohol?     Ja       Nein       gelegentlich

Wann war Ihr letzter Frauenarztbesuch? \_\_\_\_\_ letzte Krebsvorsorge (PAP)? \_\_\_\_\_

Besteht der Zyklus noch?     Ja       Nein, nicht mehr seit \_\_\_\_\_ Jahren

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

Blutungsstärke:     leicht       mittel       stark

Erster Tag der letzten Blutung? \_\_\_\_\_

Regelschmerzen?     Ja     Nein      Zwischenblutung / Schmierblutung?     Ja     Nein

Beschwerden beim:     Wasserlassen       Stuhlgang       Geschlechtsverkehr

# Allgemeine Patientendaten Gynäkologie

Nummer: FO-28602    Gültig ab: Gültig ab

Anzahl und Jahr von Schwangerschaften und Fehlgeburten:

---

---

---

Besteht Kinderwunsch?     Ja     Nein

## Familienanamnese

Gab es in Ihrer Familie bestimmte Krankheiten wie Gerinnungsstörungen, Thrombosen, Embolien, Herzinfarkt, Schlaganfall, Blutgerinnungsstörung, Diabetes, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Krebserkrankungen?

---

---

---

Alle Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und dienen nur unserer Information.

Vielen Dank

---

Datum

Unterschrift des Patienten