

Formular

Allgemeine Patientendaten Gynäkologie

Nummer: FO-23157 Gültig ab: Gültig ab

Familienname Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Tel.-Nr. und/oder Handy Nr. E-Mail

Nationalität

Familienstand/ Partner*in Ausbildung/aktuelle Tätigkeit

Sehr geehrte Patientin,

im Sinne einer optimalen ärztlichen Versorgung bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

Ihr Überweisungsarzt bekommt einen Arztbrief Einverstanden: Ja Nein

Wer ist Ihr Frauenarzt: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Welche Beschwerden führen Sie hierher?

Letzter Frauenarzt Besuch? _____ letzte Krebsvorsorge (PAP)? _____

Waren Sie schon einmal zur	wann	Auffälligkeiten?
Mammographie		
Knochendichtemessung		B
Darmspiegelung		

Impfstatus: Röteln/ Varizellen/ Keuchhusten: nein ja, wann? _____

350 Effective (geltend) / Tageskopie - nur am Drucktag gültig / Review am: 30.04.2021 -

Formular

Allgemeine Patientendaten Gynäkologie

Nummer: FO-23157 Gültig ab: Gültig ab

Allgemeine Vorgeschichte

Haben oder hatten Sie Erkrankungen, wenn ja seit wann?	nein	ja	was	wann
Erkrankungen des Herz- / Kreislauf- / Gefäßsystems (z. B. Bluthochdruck)				
Erkrankungen des Nervensystems z. B. Migräne, Schlaganfall, Epilepsie				
Erkrankungen der Lunge				
Erkrankungen der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse				
Erkrankungen des Magen- / Darmtraktes				
Erkrankungen der Nieren und Harnwege				
Stoffwechselstörungen z. B. Schilddrüsenerkrankung, Fettstoffwechsel				
Krebs				
Seelische Erkrankungen				
Haut / Haare				
Knochen				
Sexuell übertragbare Erkrankungen (STD)				
Thrombosen				
Infektionskrankheiten				
Sonstiges				

Wurden Sie schon einmal operiert?

Operation: was/ warum	wo	wann

Welche Medikamente oder Vitamine, Mineralien oder Naturheilerzeugnisse nehmen Sie zurzeit ein?

Medikament	von	bis	wieviel

Formular

Allgemeine Patientendaten Gynäkologie

Nummer: FO-23157 Gültig ab: Gültig ab

Nehmen Sie oder haben Sie schon einmal eine „Anti-Baby-Pille“ oder eine Hormon-Ersatz-Therapie eingenommen? ja nein

Name des Medikaments	von	bis	warum abgesetzt

Haben Sie **Allergien**? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Wieviel **Alkohol** trinken Sie pro Woche/Tag? _____

Wieviel **rauchen** Sie am Tag/Woche? _____

Nehmen Sie **Schlafmittel, Drogen oder Aufputzmittel**? ja nein

Wenn ja, was und wieviel _____

Bewegen Sie sich regelmäßig/wieviel (**Spaziergänge/ Sport**) _____

Ernährung: Mischkost Vegetarisch Vegan sonstiges:

Aktuelle Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Ihr Wunschgewicht? _____ kg

Max. Gewicht _____ kg, wann: _____ Min. Gewicht _____ kg wann _____

BMI: _____

Blutgruppe: _____

Familienanamnese:

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

Krankheit	wer	Erkrankungsalter

350 Effective (geltend) / Tageskopie - nur am Drucktag gültig / Review am: 30.04.2021 -

