

Dr. med. Karin Fleisch / Dr. med. Anne Stähle
Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gartenstr. 71 76135 Karlsruhe
Tel: 0721-389292 www.praxis-flesch-staehle.de

Sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns, Sie bald in unserer Praxis zu begrüßen.

Bitte beantworten Sie uns diese Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte. Ihre genaue Beantwortung hilft uns, Sie besser beraten und beurteilen zu können.

Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Informationen werden nur lokal auf Ihrem Endgerät zwischengespeichert und nicht übertragen.

Bitte drucken Sie dieses Dokument nach dem Ausfüllen aus und bringen Sie es zu Ihrem ersten Termin mit in die Praxis.

Vielen Dank!

KONTAKTDATEN

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon privat: Telefon Arbeit:

E-Mail: Mobiltelefon:

Krankenkasse: Hausarzt:

Ich bin einverstanden, dass mein Hausarzt oder weiter behandelnde Ärzte Befunde erhalten dürfen.

• Körpergröße: cm Gewicht: kg

• Alter bei der ersten Regelblutung: Jahre Datum der letzten Blutung:

• Wie viele Tage ist die Blutung? Tage

• Wie lange dauert Ihr Zyklus? Tage (Vom ersten Tag der Blutung bis zum ersten Tag der nächsten Blutung)

• Ist Ihr Zyklus unregelmäßig stark schmerzhaft?

• Sollten Sie längere Zeit nicht mehr bluten, wann war die letzte reguläre Blutung?

Patienten-Anamnesebogen

- Haben sie Kinder geboren? Wenn ja, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

Geburtsjahr: normale Geburt Besonderheiten:

Geburtsjahr: normale Geburt Besonderheiten:

Geburtsjahr: normale Geburt Besonderheiten:

Geburtsjahr: normale Geburt Besonderheiten:

- Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt oder Eileiterschwangerschaft?

Ja Wann? Nein

- Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch?

Ja Wann? Nein

- Hatten Sie jemals eine Gynäkologische Operation? Ja Nein

Wann und welche?

- Hatten Sie andere Operationen? Ja Nein

Wann und welche?

- Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenallergien bekannt? Ja Nein

Welche?

- Leiden Sie an Krankheiten? Ja Nein

Welche?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche?

- Nehmen Sie Hormone ein? Ja Nein

Welche und seit wann?

- Falls Verhütung – mit welcher Methode verhüten Sie?

Keine Pille/Pillenname: Kondome

Verhütungsstäbchen (Implanon) IUP/ Hormonspirale IUP/ Kupferspirale

Sterilisation Sterilisation des Partners andere:

- Hatten Sie schon einmal eine Thrombose oder Embolie? Ja Nein

Wenn ja, wann?

- Leiden Sie an Migräne? Ja Nein

- Hatten Sie bereits eine Krebserkrankung? Ja Nein
Welche? Wann?

- Ist in Ihrer Familie Krebs aufgetreten? Wer ist erkrankt?
 Brustkrebs Eierstockkrebs Darmkrebs

- Gibt es in der Familie
 Thrombose/ Embolie Diabetes Bluthochdruck
 Chromosomenanomalien Erbkrankheiten Fehlbildungen

- Wann war Ihre letzte Untersuchung beim Frauenarzt?

- Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?

- Wann wurde die letzte Mammographie oder Brustultraschall durchgeführt?

- Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Ja Nein
Wann?

- Sind Sie geimpft gegen Mumps, Masern, Röteln Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten
 Windpocken HPV

- Grund Ihres Besuchs? Kontrolle Schmerzen Schwangerschaft
 anderes Problem:

Datum, Unterschrift

Bitte vergessen Sie nicht dieses (ausgefüllte) Dokument auszudrucken und mitzubringen – die Daten werden nicht elektronisch übertragen.