

Fragebogen Gynäkologie



Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis.

Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit sind. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Persönliche Angaben

Name:

Vorname:

Straße/Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon, E-Mail:

Größe/Gewicht:

Beruf:

Wann war Ihre Letzte Periodenblutung?.....

Wie viele Tage liegen zwischen 2 Periodenblutungen?

Die Blutung ist: stark normal schwach schmerzhaft unregelm.

In welchem Alter waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung?

Besteht Kinderwunsch? ja nein später

Geburten:

Jahr	Normale Geburt:	Ja	Nein	Kaiserschnitt	Zange/Saugglocke
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gab es während einer Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?

Wenn Ja - Wann und welche?.....

Fragebogen Gynäkologie



Bitte zählen Sie hier ihre vorausgegangenen Schwangerschaften auf:

Fehlgeburten? Eileiterschwangerschaften? Schwangerschaftsabbrüche?

Haben Sie gestillt? ja nein Wenn ja, wie lange? Monate

Hatten Sie Gynäkologische Operationen? ja nein

Wenn ja – Wann, und welche?

Hatten Sie andere Operationen? ja nein

Wenn ja - Wann und welche?

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? ja nein

Wenn Ja - Welche?

Wurde die HPV-Impfung (gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt? ja nein

Wann war Ihre letzte Untersuchung/Krebsvorsorge beim Frauenarzt?

Wurde bei Ihnen schon eine Mammographie/Brustultraschall durchgeführt? ja nein

Wenn ja: Was und wann?.....

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ja nein

Wenn ja: Wann?

Mit welcher Methode verhüten Sie?

- Keine Pille (Name.....) Verhütungsstäb.
- Kondom Hormonspirale Kupferspirale
- natürliche Familienplanung Verhütungsring 3-Monats-Spritze
- Sterilisation Andere:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche?

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bei Bedarf

Nehmen Sie Hormone ein? ja nein

Wenn Ja - Welche und seit wann?

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen (z.B. Brust- oder Eierstockkrebs),

Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten? ja nein

Wenn ja - welche und bei was für einem Familienmitglied?

.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hormonstörung | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Thrombose/Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie/Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Andere:..... | | |

Rauchen Sie? ja, Zigaretten am Tag nein

Trinken Sie Alkohol? häufig gelegentlich nein

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Erklärung der Patientin

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Patientin