

Liebe Patientin!

Herzlich willkommen in meiner Frauenarztpraxis.

Da Sie uns das erste Mal besuchen, bitten wir Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Ihre Angaben zu Ihrer Krankengeschichte, Risiken und aktuellen Situation helfen uns Sie optimal und individuell zu betreuen.

Für Fragen wenden Sie sich bitte an meine Mitarbeiterinnen.

Ihre Frauenärztin

Dr. med. Denise Rauscher

Name: _____ Geb: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Email: _____

Beruf / Arbeitgeber: _____

Letzte Regelblutung: _____

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung? _____

Wie oft kommt die Blutung? _____

Wie lange dauert die Blutung? _____

Haben Sie Blutungsbeschwerden? _____

Haben Sie Wechseljahreszeichen?

Nein

Ja, welche?

Hatten Sie bereits eine Mammographie?

Nein

Ja, wann? _____

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung?

Nein

Ja, wann? _____

Hatten Sie Geburten?

Nein

Ja

Jahr: _____ Normal/ Operativ/ Kaiserschnitt

Geschlecht: _____

Hatten Sie Fehlgeburten?

Nein

Ja

Jahr: _____

Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche?

Nein

Ja

Jahr: _____

**Wurden bei Ihnen gynäkologische Operationen /
Operationen an der Brust durchgeführt?**

Nein

Ja

Jahr: _____

Wurden bei Ihnen weitere Operationen durchgeführt?

Nein

Ja

Jahr: _____ Woran: _____

Sind bei Ihnen schwere Erkrankungen bekannt?

- Bluthochdruck
- Herzschwäche
- Blutzuckererkrankung
- Schilddrüsenerkrankungen
- Hepatitis
- Schlaganfall / Thrombose
- Tumorerkrankungen
- Asthma
- Psychische Erkrankungen
- Sonstige Erkrankungen

Sind in Ihrer Familie schwere Erkrankungen bekannt?
Tumorerkrankungen?

- Nein
- Ja
- Nein
- Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, z.B. Pille?

- Nein
- Ja, welche:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- Nein
- Ja, welche:

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Nein
- Ja

Besitzen Sie einen Impfschutz gegen folgende Krankheiten?

- Tetanus
- Diphtherie
- Keuchhusten
- Lungenentzündung
- Röteln
- Windpocken
- Hepatitis B
- Gebärmutterhalskrebs

Wir möchten alle unsere Patienten individuell und optimal behandeln. Was wünschen Sie?

- Ich möchte nur solche Leistungen in Anspruch nehmen, die von meiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende individuelle Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und sinnvoll sind.
- Ich wünsche eine Erinnerung an die Krebsvorsorge / Impfungen / Spiralenkontrolle.
- Ich bin mit der Kommunikation per Mail einverstanden.
- Ich habe die neue EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) eingesehen und bin damit einverstanden.
- Hiermit bin ich darüber informiert, dass vereinbarte Termine telefonisch oder per Mail rechtzeitig abgesagt werden müssen. Nicht wahrgenommene Termine werden mir als Praxisausfall privat in Rechnung gestellt.

Wie sind Sie zu uns gekommen?

- durch Empfehlung
- Internet
- Homepage
- Telefonbuch

Schön, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Unterschrift Patientin