

Fragebogen

Name _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon Festnetz: _____ Telefon mobil: _____

E-Mail: _____

Grund des heutigen Termins: _____

Wann begann Ihre letzte Periodenblutung? _____ (Tag/Monat/Jahr)

Treten Ihre Periodenblutungen in regelmäßigen Abständen auf (alle 4 Wochen)?

☐ ja, alle _____ Tage, über wie viele Tage? _____

☐ nein, unregelmäßige Blutungsabstände zwischen _____ und _____ Tagen

Ist Ihre Periodenblutung schmerzhaft?

☐ nein, ☐ ja, nehmen Sie deswegen regelmäßig Schmerzmittel? ☐ nein, ☐ ja

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung? _____ Jahre

Waren Sie schon einmal schwanger?

☐ nein

☐ ja, Geburten (Jahr, Geburtsart, Name des Kindes):

Fehlgeburten: _____

Schwangerschaftsabbrüche: _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Gibt es Brustkrebs ☐ bei einer nahen Verwandten (Mutter, Tochter, Schwester, Großmutter mütterlicherseits) oder zwei entfernten weiblichen Verwandten (Tante, Ur-Großmutter etc.) oder einem männlichen Verwandten oder **Eierstockkrebs** ☐ bei Mutter oder Tochter? Wie alt war die Betroffene bei Ausbruch der Krankheit?

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) **folgende Erkrankungen?** Krebs (Unterleib, Darm), Fettstoffwechselstörungen, Thrombose/Embolie, Zuckerkrankheit, Herz-, Kreislauferkrankungen?

Wurden bei Ihnen Bauch- und/oder Unterleibsoperationen (z.B. Bauchspiegelung, Blinddarm) durchgeführt?

☐ nein, ☐ ja, welche und wann?

Wurde bei Ihnen eine andere Operation durchgeführt?

☐ nein, ☐ ja, welche und wann?

BITTE WENDEN

Hatten oder haben Sie folgende Unterleibserkrankungen (Endometriose, Eierstockzysten, Eileiterentzündungen, Eileiterschwangerschaften)? Wenn ja, wann?

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, wann?

Thrombose/Embolie _____, Krampfadern _____, Schilddrüsenerkrankung _____,
Herz-Kreislauf-Gefäßerkrankung _____, Zuckererkrankung _____, Epilepsie _____,
Migräne _____, Lebererkrankung _____, Nierenerkrankung _____, Krebs _____,
Seelische Störungen _____,
andere Erkrankungen _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wofür?

Haben Sie schon einmal eine Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) durchführen lassen?

☐ nein, ☐ ja, wann war die letzte Untersuchung? _____ (Monat/Jahr), wo? (Name der Praxis, Screening?) _____

Haben Sie schon einmal eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchführen lassen?

☐ nein, ☐ ja, wann war die letzte Untersuchung? _____ (Monat/Jahr), wo? (Name der Praxis, Screening?) _____

Ihre Körpergröße in cm: _____

Haben Sie einen Blutgruppenausweis? ☐ nein, ☐ ja

Sind Sie durch eine durchgemachte Erkrankung oder durch eine Impfung geschützt vor Röteln? ☐ nein, ☐ ja, **Windpocken?** ☐ nein, ☐ ja

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? 2 Impfungen bis zum 15. Geburtstag oder 3 Impfungen ☐ ja, ☐ nein

Haben Sie einen Impfausweis? ☐ nein, ☐ ja

Wann sind Sie das letzte Mal geimpft worden? _____

Rauchen Sie? ☐ nein, ☐ ja, wie viel Zigaretten pro Tag? _____ (Stück)

Sind Sie verheiratet? ☐ ja, ☐ nein, **leben Sie in einer Partnerschaft?** ☐ nein, ☐ ja

Welche Verhütungsmethode wenden Sie zurzeit an? _____
Seit wann? _____

Liegt bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit (Allergie) vor? ☐ nein, ☐ ja, gegen welche Präparate? _____

Vielen Dank.