



# Allgemeine Patientendaten Gynäkologie

Nummer: FO-14675

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: \_\_\_\_\_

**Doctolib**

Sind Sie mit Termin Erinnerungen per Mail +SMS Versandt über Doctolib einverstanden?  
 Ja  Nein

Sind Sie mit der Übermittlung von Dokumenten über Doctolib einverstanden?  
 Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden führen Sie hierher?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Letzter Frauenarzt Besuch?** \_\_\_\_\_ **letzte Krebsvorsorge PAP)?** \_\_\_\_\_

Wann Sie schon einmal zur	Wann	Auffälligkeiten?
Mammographie		
Knochendichtemessung		
Darmspiegelung		

**Impfstatus:** Röteln/ Varizellen/ Keuchhusten:  Ja  Nein, wann? \_\_\_\_\_

## 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)				
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

# Allgemeine Patientendaten Gynäkologie

**Nummer:** FO-14675

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

Name des Medikaments	von	bis	Abgesetzt warum

**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 Aufputschmittel?**  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 \_\_\_\_\_

**Familienanamnese:**

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

Krankheit	Wer	Erkrankungsalter

**Gynäkologische Vorgeschichte**

Alter bei der ersten Blutung (Menarche)? \_\_\_\_\_

Zykluslänge (Beginn Blutung bis Beginn nächster Blutung): \_\_\_\_\_ Tage / Blutungslänge \_\_\_\_\_ Tage

1. Tag der letzten Blutung \_\_\_\_\_

Blutungsstärke:  leicht  mittel  stark

Zwischen-/Schmierblutung:  ja  nein wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Regelschmerzen:  ja  nein wann am Stärksten? \_\_\_\_\_ Zyklustag \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Skala	1 (schwach)	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sonstige Schmerzen: \_\_\_\_\_

Beschwerden beim Wasserlassen? \_\_\_\_\_

Beschwerden beim Stuhlgang? \_\_\_\_\_

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kinderwunsch?**  ja  nein

wie lange schon \_\_\_\_\_  ja, aber später, ab wann \_\_\_\_\_  nein

Waren Sie schon einmal in Kinderwunschtherapie?  ja  nein

Wann: \_\_\_\_\_ warum: \_\_\_\_\_ erfolgreich: \_\_\_\_\_

**Fragen zum Partner:**

Alter? \_\_\_\_\_ Gesund? \_\_\_\_\_ Kinder? \_\_\_\_\_ Spermogramm? \_\_\_\_\_

**Fragen zu Schwangerschaft / Geburt und gyn. Erkrankungen:**

Waren Sie schon einmal schwanger?  ja  nein?

Anzahl der Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

Jahr	Fehlgeburten	Abbrüche	Entbindungsmodus

**Erkrankungen in der Schwangerschaft:**  Diabetes  Bluthochdruck  sonstiges