

**Allgemeine Patientendaten Gynäkologie**

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.**

<u>Ihr Überweisungsarzt bekommt einen Arztbrief</u>	Einverstanden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wer ist Ihr Frauenarzt: _____			
Wollen Sie Befunde ggf. Per E-Mail zugesandt haben?	Einverstanden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Datum: _____ Unterschrift: _____			

**Welche Beschwerden führen Sie hierher?**

---



---



---

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

Waren Sie schon einmal zur	Wann	Auffälligkeiten?
Mammographie		
Knochendichtemessung		
Darmspiegelung		

**Impfstatus:** Röteln/ Varizellen/ Keuchhusten:  nein

ja, wann? \_\_\_\_\_

**Allgemeine Patientendaten Gynäkologie****Allgemeine Vorgeschichte**

<b>Haben oder hatten Sie Erkrankungen, wenn ja seit wann?</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Was?</b>	<b>Wann?</b>
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?**

<b>Operation: was -warum</b>	<b>Wo</b>	<b>Wann</b>

**Welche Medikamente oder Vitamine, Mineralien oder Naturheilerzeugnisse nehmen Sie zurzeit ein?**

<b>Medikament</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>wieviel</b>

## Allgemeine Patientendaten Gynäkologie

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 Aufputzmittel**?  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

# Allgemeine Patientendaten Gynäkologie

## 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