



Liebe Patientin,
wenn Sie unsere Praxis das erste Mal aufsuchen, bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Vorgeschichte zu erhalten, so dass wir die Behandlung darauf abstimmen können.

Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie beim Ausfüllen Fragen haben. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam

Vorname:	Name:
Geburtsdatum:	Tel.:
Größe:	Gewicht:
Adresse:	
Hausärztin/-arzt:	
bisheriger Frauenarzt:	
Berufstätigkeit:	
E-Mail-Adresse:	

Regelanamnese

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regel? Ihre letzte Regelblutung war

Ist oder war der Zyklus regelmäßig? ☐ ja ☐ nein:

Krebsvorsorge

Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorge?

Wann war Ihre letzte Mammografie?

Hatten Sie bereits eine Brust-Sonografie? ☐ nein ☐ ja, wann:

Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung (Koloskopie)? ☐ nein ☐ ja, wann:

bisherige Verhütungsmethoden (Pille, Pflaster, Hormonring, Spirale, Kondom)

Methode vonbis

Methode vonbis

Methode vonbis

Haben Sie Allergien?

☐ nein ☐ ja, folgende

Haben Sie Vorerkrankungen? (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Asthma bronchiale, ...)

Bluthochdruck	☐ nein ☐ ja	Tuberkulose	☐ nein ☐ ja
---------------	---	-------------	---

Herzkrankheit / Infarkt	☐ nein ☐ ja	Gelenkerkrankungen	☐ nein ☐ ja
-------------------------	---	--------------------	---

Blutzuckerkrankheit	☐ nein ☐ ja	Hautkrankheit	☐ nein ☐ ja
---------------------	---	---------------	---

Magenerkrankung	☐ nein ☐ ja	Augenerkrankung	☐ nein ☐ ja
-----------------	---	-----------------	---

Leberentzündung	☐ nein ☐ ja	Schlaganfall	☐ nein ☐ ja
-----------------	---	--------------	---

Nierenerkrankung	☐ nein ☐ ja	Asthma	☐ nein ☐ ja
------------------	---	--------	---

Fettstoffwechselstörung	☐ nein ☐ ja	Anfallsleiden	☐ nein ☐ ja
-------------------------	---	---------------	---

Harnsäurestoffwechsel	☐ nein ☐ ja	Tumorerkrankung	☐ nein ☐ ja
-----------------------	---	-----------------	---

Psychische Erkrankung	☐ nein ☐ ja	Aids	☐ nein ☐ ja
-----------------------	---	------	---

Andere:

**Hatten Sie allgemeine Operationen?** (z. B. Blinddarm-Entfernung...)☐ nein ☐ ja:**Hatten Sie gynäkologische Operationen?**☐ nein ☐ ja:**Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, Eileiterschwangerschaften?**☐ nein ☐ ja:**Hatten Sie Geburten?**☐ nein ☐ ja, wieviele:

Wann: Komplikationen:

Wann: Komplikationen:

Gibt es bösartige Erkrankungen in Ihrer Familie? (z.B. Brustkrebs, ...)☐ nein ☐ ja**Gibt es sonstige Erkrankungen in Ihrer Familie?**

(z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Schlaganfall, Thrombosen, Störung der Blutgerinnung, ...)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name: Dosis: seit:

Name: Dosis: seit:

Name: Dosis: seit:

Reagieren Sie allergisch auf Stoffe oder Medikamente?☐ nein ☐ ja, auf welche Stoffe:**Konsumieren Sie folgende Stoffe?**Nikotin: ☐ nein ☐ ja ☐ gelegentlichAlkohol: ☐ nein ☐ ja ☐ gelegentlich

Cannabis:

☐ nein ☐ ja ☐ gelegentlich

sonstige Drogen:

☐ nein ☐ ja ☐ gelegentlich**Haben Sie ein persönliches Anliegen?**☐ nein ☐ ja:

.....

.....

Datum:

Unterschrift:



Hinweise zum
Datenschutz
gemäß
EU DSGVO

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter der Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen innerhalb der Praxis oder an Dritte (z.B. Hausarzt, weiterbehandelnde Ärzte, Klinik, Labor, Abrechnungsstellen, Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mir Informationen der Praxis, Terminänderungen oder Erinnerungen an Termine per SMS oder per E-Mail zugestellt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass von mir beauftragte Personen Rezepte und andere Unterlagen in der Praxis bis auf Widerruf für mich abholen dürfen.

Ich hatte und habe jederzeit die Möglichkeit, das in der Praxis ausliegende Informationsblatt zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), gültig ab 25.05.2018, zu lesen und bin mit der Nutzung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Es besteht jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung zu widerrufen.

Wenn Sie es wünschen, prüfen wir Ihren Impfschutz.
Bitte bringen Sie dann Ihren Impfausweis mit.

Datum:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Team der Frauenarztpraxis
Dr. A. Dietrich