

**Liebe Patientin,**

Sie suchen unsere Praxis zum ersten Mal auf. Darum bitten wir Sie, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** auszufüllen. Sie helfen uns damit, Ihre Behandlung individuell abstimmen zu können. Bitte wenden Sie sich an uns, wenn Sie hierzu Fragen haben!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Aktuelle Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

Zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Grund Ihres Besuchs heute:** \_\_\_\_\_

**Regelblutung / Menstruation:**

Letzte Blutung / Periode am: \_\_\_\_\_ Dauer Ihrer Blutungen: \_\_\_\_\_ Tage

Zykluslänge (vom 1. Blutungstag zum nächsten 1. Blutungstag): \_\_\_\_\_ Tage

Haben Sie Regelbeschwerden? (welche?): \_\_\_\_\_

**Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung (Jahr)?:** \_\_\_\_\_

ggf. Ihre letzte Mammografie (Röntgenuntersuchung der Brust)?: \_\_\_\_\_

ggf. Ihre letzte Coloskopie (Darmspiegelung)?: \_\_\_\_\_

**Haben Sie die HPV-Impfung (gegen Gebärmutterhalskrebs) erhalten?**  nein  ja

**Eigene Erkrankungen**

(z.B. Bluthochdruck, Herz-, Leber- Nierenkrankheiten, Diabetes, Krebserkrankungen, Blutgerinnungsstörungen...)


• Haben Sie eine **Allergie**?  nein  ja  
(welche?): \_\_\_\_\_

• Haben Sie Probleme mit Harn- oder Stuhl-**Inkontinenz**?  nein  ja

→ **Bitte wenden!**

## Erkrankungen bei engen Verwandten

(z.B. Krebserkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, Diabetes, Bluthochdruck ...)

Wer ist betroffen?	Art der Erkrankung

## Operationen:

Datum	Art des Eingriffs

## Geburten:

Datum	Entbindungsmodus (normal, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange?)	Geburtsgewicht des Kindes	Komplikationen? (z.B. Frühgeburt...)

## Weitere Schwangerschaften:

Datum	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft

## Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:

Methode (z.B. Pille, Spirale, Kondom...)	von	bis

## Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	Dosis	seit

## Konsumieren Sie regelmäßig (mehrmals pro Woche).....?:

- Nikotin [ ] ja
- Alkohol [ ] ja
- Cannabis [ ] ja
- andere Drogen [ ] ja

**Der Speicherung meiner Daten zu ausschließlich medizinischen Zwecken entsprechend der gesetzlichen Vorgaben stimme ich zu** (s. auch Patienteninformation zum Datenschutz / [www.praxisbreidenbach.de/datenschutz.html](http://www.praxisbreidenbach.de/datenschutz.html)).

**Ich bin mit telefonischer und / oder elektronischer (Mail-) Kontaktaufnahme durch die Praxis Ellen Breidenbach & Beate Scholz einverstanden.**

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

☺ Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam Breidenbach & Scholz