

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).

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