

Patientinnen-Aufnahmebogen

Praxis für Frauenheilkunde

Gabriele Berkemeyer, Dr. med. Frank Koch, Dr. med. Birgit Deppe
Dr. med. Sabine Serwas-Hecht, Dr. med. Stephanie Rijcken, Dr. med. Silke Tillkorn

HERZLICH WILLKOMMEN in unserer Praxis!

Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Zum Schutz Ihrer Privatsphäre haben wir diesen Fragebogen entwickelt. Die Angaben sind freiwillig. Sollten Sie Fragen haben, hilft Ihnen gerne eine Mitarbeiterin.

Persönliche Daten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Wohnort	
Telefonnummern	privat: mobil:
Beruf	
Hausarzt	

Aktuelle Anamnese

Wie groß sind Sie? _____ cm
Wie ist Ihr aktuelles Gewicht? _____ kg
Wann war der **ERSTE Tag** der **letzten** Periode? ____ . ____ . ____
Ist die Periode regelmäßig? Probleme? _____
Verhüten Sie? **Wenn ja, wie? NAME?** _____

Ihre Vorgeschichte

Waren Sie schon einmal schwanger?

Nein Ja -> Wenn **JA** bitte eintragen:

Geburtsjahr	männlich	weiblich	Normalgeburt	Kaiserschnitt	Fehlgeburt	Abbruch

Sind Sie schon einmal operiert worden?

- Nein** Ja -> Wenn JA, **WELCHE** und **WANN**?
-
-
-

Wurde schon mal eine **Koloskopie** (Darmspiegelung) durchgeführt?

- Nein** Ja -> Wenn JA, **WANN**?
-

Wurden Sie vollständig (drei/zwei Impfungen) gegen **Gebärmutterhalskrebs** (Humane Papillomviren) geimpft?

- Nein** Ja -> Wenn JA, **WANN**? **Unvollständig**
-

Liegen Erkrankungen vor?

- Nein** Ja -> Wenn JA, **WELCHE**?
-
-

Nehmen Sie Medikamente? z. B. die Pille, ...)

- Nein** Ja -> Wenn JA, **WELCHE**?
-
-

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- Nein** Ja -> Wenn JA, **WELCHE**?
-

Ihre Familienanamnese:

Gibt es in der Familie bösartige Erkrankungen oder schwere chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Herzerkrankungen, Thrombose, Krebs, ... ö. ä.)

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!