



Liebe Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten.

Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

☞ Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Name: _____ **Vorname:** _____

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

zur Zeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

telefonisch erreichbar (Tel./Fax): privat: _____ dienstlich: _____

Hausarzt, (Name, Ort): _____

Regelblutung: _____ erste Regel mit _____ Jahren
keine Regel mehr seit _____

Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:

Methode (Pille, Spirale, sonstige)	Pillen- bzw. Spiralentyp	von	bis

eigene Erkrankungen

Erkrankung (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankung)

ernsthafte erbliche Erkrankungen in der Familie:

Verwandschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörungen)

Operationen:

Datum	Art des Eingriffs

Geburten:

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften:

Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter-SS (ankreuzen)

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Dosis	seit

Allergische Reaktion auf folgende Stoffe:

Konsum von:

(ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

Datum: _____ Unterschrift: _____

☺ Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam

Dr. med. Silke Großmann