

Liebe Patient*innen,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir wären Ihnen sehr verbunden, wenn Sie folgende Fragen beantworten.

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer: Email:

Beruf:

Ja Nein

Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung?.....

Frauen nach den Wechseljahren: Wann war (ungefähr) die letzte Regelblutung?

Haben Sie Probleme mit der Regelblutung (z.B. sehr unregelmäßige/schmerzhafte/
starke Blutungen?) Wenn ja —> welche?

Bei Zyklusstörungen: Bitte notieren Sie jeweils den ersten Tag der Regelblutung der
letzten 3- 6 Monate:

Verwenden Sie eine hormonelle oder intrauterine Verhütung (z.B. Pille, Spirale) oder
wenden Sie eine andere hormonelle Therapie (z.B. Hormonsersatztherapie) an?
Wenn ja —> welche?

Haben Sie die HPV-Impfung erhalten?
Wenn ja —> wann?

Haben Sie Kinder geboren?
Wenn ja —> wie viele, Jahr, Geburtsmodus?

Gab es noch weitere Schwangerschaften (z.B. Fehlgeburten, Abbrüche)?
Wenn ja —> weitere Angaben:

Nehmen Sie regelmäßig gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch?
Wenn ja —> wann war die letzte?

Hatten Sie schonmal eine Mammographie oder Mammasonografie?
Wenn ja —> wann?

Für Frauen über 50: Nehmen Sie am Mammografiescreening teil?

- Für Frauen über 50: Nehmen Sie an der Darmkrebsvorsorge teil?
 Wenn ja —> wann und welche (Koloskopie/Stuhltest)?
- Befinden oder befanden Sie sich wegen einer Erkrankung in ärztlicher Behandlung?
 Wenn ja —> weshalb?
- Hatten Sie schonmal relevante Operationen, insbesondere gynäkologische?
 Wenn ja —> welche?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
 Wenn ja —> welche?
- Nehmen Sie andere freiverkäufliche Präparate (z.B. Nahrungsergänzungsmittel) regelmäßig ein?
 Wenn ja —> welche?
- Haben Sie relevante Allergien (insbesondere gegen Medikamente)?
 Wenn ja —> welche?
- Gibt es bösartige oder andere relevante Erkrankungen bei engen Blutsverwandten?
 Wenn ja —> welche?
- Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung, hatten bereits Thrombosen oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?
- Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin, Alkohol oder sonstige Drogen?
 Wenn ja —> was und wie oft?
- Gibt es bestimmte Themen und/oder Anliegen, die Sie besprechen möchten?
 Wenn ja, welche?

.....

Datum, Unterschrift