

## Fragebogen neue Patientinnen / mit / ohne Dolmetscher / Dolmetscherin

---

Name :

Datum:

Warum kommen Sie in unsere Praxis:

- Schwangerenbetreuung
- Abklärung von Beschwerden (bitte beschreiben)
- Krebsfrüherkennung
- Impfung
- Sonstiges /Beratung:

Wann war Ihre letzte Periodenblutung ?

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste bzw. letzte Monatsblutung:

Wie lange dauert Ihr Zyklus aktuell ?

- 24-32 Tage
- kürzer
- länger
- ganz unregelmäßig

Wie lange dauert die Monatsblutung:  2-5 Tage  5-7 Tage  immer länger als 8 Tage

Ist die Blutung schmerzhaft :  nein  ja : Medikamente ? welche, wieviele

Wann war Ihre letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung ( Monat /Jahr ):

Kennen Sie den HPV-Befund ( seit 2020 bei Frauen ab 35 Jahren routinemäßig mitbestimmt ) :

Mit welcher Methode verhüten Sie ?

- keine / natürliche Methode
- Pille (bitte Namen angeben):
- Sterilisation bei Ihnen
- Verhütungsstäbchen
- Hormonspirale (Mirena /Jaydess / Kyleena)
- Sterilisation des Partners
- Kondom
- 3-Monatsspritze (Depo-Clinovir /Sayana)
- Verhütungsring
- Verhütungspflaster
- Kupferspirale (welches Modell ?)
- Kupferkette

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / Hormone ein ? Bitte alle angeben, auch Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathika, Vitamine ...

nein  ja :

Haben Sie Kinder geboren ?  nein  ja : in welchem Jahr, wieviele und wie (Normalgeburt, Kaiserschnitt) :

Hatten Sie Fehlgeburten :  nein  ja : in welchem Jahr

Hatten Sie Eileiterschwangerschaften / Schwangerschaftsabbrüche :  nein  ja : in welchem Jahr

Hatte Sie jemals Operationen an Gebärmutter, Eierstock oder Brust :

nein  ja : wann und welche :

Hatten Sie andere Operationen :  nein  ja / wann und welche : (evtl . Rückseite oder extraBlatt)

**Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bei Eltern oder Geschwistern, Thrombosen, Lungenembolien oder Blutgerinnungskrankheiten bekannt :**

nein  ja : welche und bei welchem Familienangehörigen, in welchem Alter :

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:**

- Gerinnungsstörung
- Thrombose
- Bluthochdruck
- Nierenerkrankung
- Depression
- Krebserkrankung
- Andere Erkrankung, wenn ja welche :
- Herzinfarkt
- Krampfadern
- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenerkrankung
- ansteckende Infektionskrankheit z.B. HIV oder Hepatits
- Allergien
- Schlaganfall
- Migräne (starke wiederkehrende Kopfschmerzen)
- Lebererkrankung
- Asthma / andere Lungenkrankheit

Ihre Körpergröße :

Ihr Gewicht :

Rauchen Sie :  nein  ja : wieviel tgl ?

Haben Sie einen Impfausweis ?  ja : bitte mitbringen  nein

Möchten Sie, dass wir Sie an Impfungen erinnern / diese Impfungen in der Praxis durchführen ?

ja  nein

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft ?  ja  nein

**Ihre Lebenssituation : bitte ankreuzen:**

ledig  verheiratet  Partnerschaft  getrennt  alleinerziehend

Verwitwet  Asylsuchend  geduldet

Berufstätig :  nein  ja : welcher Beruf / welche Tätigkeit:

in Ausbildung / Studium/Schule ? als was:

Ihre Telefonnummern / e-mail Adresse :

Ihr Hausarzt / -ärztin :

**Danke für Ihre Angaben**

Bitte noch Name und Tel.Nr des Dolmetschers / der Dolmetscherin :