

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

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 :