



Frauenarztzentrum
Dr. med. Oliver Schenk
Dr. med. Stephan Born
Dr. med. Eberhard Blümm
Dr. med. Andrea Franz
Bahnhofstr. 26 / 36037 Fulda
Tel.: 0661 / 70000

Liebe Patientin,

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

Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über ihre Vorgeschichte zu erhalten und die Behandlung darauf abzustimmen.

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

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb:** _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____ dienstlich: _____

E-Mail Adresse: _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

Letzte gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung: _____

Wünschen sie eine Beratung bezüglich Pille? Ja Nein

Regelblutung: erste Regel mit _____ Jahren
keine Regel mehr ab (Datum) _____

Zyklus: regelmäßig alle _____ Tage; unregelmäßig ca. alle _____ Tage.
Dauer der Blutung _____ Tage.

Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:

Verhütungsmittel(z.B. Pille, Spirale, etc.)	Präparatname	von	bis

Kinderkrankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)

Masern Mumps Röteln Windpocken Keuchhusten Kinderlähmung

Auf Wunsch sind wir gerne bereit, Ihren Impfschutz zu überprüfen und die Impflücken zu schließen.

Bitte bringen Sie bei Ihrem nächsten Besuch Ihren Impfpass mit.

Eigene Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen, Thrombosen / Embolie, etc.)

Migräne? mit Aura: <input type="radio"/> ohne Aura: <input type="radio"/>

Ernsthafte erbliche Erkrankungen in der Familie mit Erkrankungsalter:

Verwandschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, Bluthochdruck, Diabetes, Blutgerinnungsstörungen, etc.)

Operationen:

Datum (Monat/Jahr)	Art des Eingriffs

Geburten:

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange, Frühgeburt)	Geburtsgewicht	Geschlecht	Komplikation

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften:

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

Medikamente, die sie regelmäßig einnehmen:

Medikament	Dosis	seit

Sind bei ihnen Allergien bekannt? (z.B. gegen Medikamente, Metalle, Gräser, etc.)

Konsum von:

(ankreuzen)	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Diese Angaben sind auf freiwilliger Basis.