



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

**Wurde bei Ihnen eine HPV-Impfung durchgeführt? (Gebärmutterhalskrebs)**  Ja  Nein

**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="checkbox"/> ohne Aura: <input type="checkbox"/>

**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.