



Die FRAUENARZT-GEMEINSCHAFTSPRAXIS in ZWIESEL

Dr. R. Berger - R. Mielcarek - Dr. A. Gumbert Regenerstr. 4 94227 Zwiesel ☎ 09922-6300

Sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns, Sie in unserer Frauenarztgemeinschaftspraxis begrüßen zu dürfen.

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen zu Ihrer Vorgeschichte.

Sollte Ihnen etwas unklar sein, so fragen Sie uns bitte.

Vielen Dank!

Vor- und Nachname: _____ **Geb.datum:** _____

Telefonnummer: _____ **Hausarzt:** _____

Wann war Ihre letzte Periode?	
Wie regel- bzw. unregelmäßig ist Ihr Zyklus? (Blutungsdauer / Abstand der Periodenblutung)	
Wie groß sind Sie? Wieviel wiegen Sie? cm kg
Benutzen Sie ein Verhütungsmittel? Wenn ja, welches ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Haben Sie Kinder? Wenn ja, handelte es sich um eine normale Geburt, Kaiserschnitt oder Saugglocke? (Geburtsjahr bitte angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,.....
Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt? Wenn ja, wann war die Fehlgeburt bzw. Interruptio?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Sind Sie schon einmal operiert worden ? Wenn ja, welche Operation wurde durchgeführt (Operationsjahr bitte angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Sind Sie allergisch ? (evtl. Allergiepaß vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Krampfadern? Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? Sind bei Familienmitgliedern Thrombosen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?	Bluthochdruck? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zuckerkrankheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erkrankung der Leber ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Erkrankung der Schilddrüse? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Herzinfarkt-Risiko? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind bei Ihnen familiäre Krebserkrankungen bekannt? z.B. Brustkrebs – Mutter, Oma, Tante, Schwester	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und bei wem?
Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung ? (Auffälligkeiten?)	<input type="checkbox"/> Krebsvorsorge <input type="checkbox"/> Mammographie

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben!

Datum + Unterschrift: _____

Zeigen Sie uns bitte Ihren **Impfausweis**, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können.
Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!

Besuchen Sie auch unsere Homepage: www.dr-berger.de !!