

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen.

Deshalb bitten wir Sie, diesen Gesundheitsbogen sorgfältig auszufüllen damit wir uns ein besseres Bild von Ihrer Krankheitsgeschichte machen und Ihre Therapie genau auf Sie abstimmen können. Alle Informationen dieses Gesundheitsbogens unterliegen natürlich strengstens der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: Privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____ Alter: _____

Daten Krankenversicherung

Wie sind Sie krankenversichert?

privat gesetzlich

Name der Krankenversicherung:

Anschrift des Hauptversicherten oder einer
abweichenden Rechnungsadresse:

Sind Sie beihilfeberechtigt?

ja nein

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!
Bitte senden Sie diesen Bogen vorab an uns,
damit wir einen passenden Termin für Sie
finden!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen

1. Weshalb kommen Sie zu uns?

- Krebsfrüherkennung / Vorsorge
 - Beratung zur Empfängnisverhütung
 - Kinderwunschberatung
 - unregelmäßiger Zyklus
 - Wechseljahrsbeschwerden
 - Brustdiagnostik
 - Krebsnachsorge
 - Neuraltherapie / Schmerztherapie
 - Sexualbeschwerden
 - Blasenschwäche
 - Sonstige Beschwerden:
- _____

2. Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- Bluthochdruck
 - Erhöhte Blutfette
 - Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)
 - Migräne → mit Aura ohne Aura
 - Asthma
 - Schilddrüsenerkrankungen
 - Darmerkrankungen
 - starke / schmerzhaftes Periodenblutungen
 - Depressionen
 - Hitzewallungen
 - andere Erkrankungen (auch Krebsleiden):
- _____

3. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

4. Nehmen Sie regelmäßig Hormonpräparate ein

5. Wurden Sie schon mal operiert?

nein ja → wann/wo?

6. Besteht Impfschutz gegen

Polio/Diphtherie/Tetanus _____ ja nein

Röteln _____ ja nein

Pertussis _____ ja nein

HPV (Gebärmutterhalskrebs) _____

_____ ja nein teilweise

7. Kommen in Ihrer Familie Brust- oder Unterleibskrebserkrankungen vor?

nein ja → was/bei wem?

Sonstige familiäre Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt oder genetische Erkrankungen):

8. Leiden Sie unter Allergien?

nein ja → wenn ja, wogegen?

9. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

ich bin Nichtraucherin

____ Zigaretten pro Tag

10. Wann war Ihre letzte Periode, kommt diese regelmäßig?

regelmäßig

_____ unregelmäßig

11. Wenden Sie ein Verhütungsmittel an?

nein ja → welches/seit wann?

12. Haben Sie Kinder geboren?

nein ja

Jahr: _____ vaginal Kaiserschnitt

Jahr: _____ vaginal Kaiserschnitt

Jahr: _____ vaginal Kaiserschnitt

13. Traten während der Schwangerschaft oder der Geburt Probleme auf?

14. Hatten Sie eine oder mehrere Fehlgeburten?

nein ja

Jahr: _____ Schwangerschaftswoche: _____

Jahr: _____ Schwangerschaftswoche: _____

15. Wurde bei Ihnen oder Verwandten eine Thrombose oder Embolie festgestellt?

nein ja → bei _____

16. Wann hatten Sie Ihre letzte Mammographie?

noch nie zuletzt _____

17. Wurde bei Ihnen eine Darmspiegelung durchgeführt?

nein ja, zuletzt _____

18. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Bekannte

Empfehlung durch den Arzt

Praxisschild

Zufall

Internet

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Frauenarztpraxis am ZKM bezüglich Terminen und Befunden per Telefon, Fax oder E-Mail (üblicher unverschlüsselter Weg, siehe auch online Terminvergabe auf der Webseite) kontaktiert.

ja nein

Datum: _____

Unterschrift: _____