

Patientendaten			
Name, Vorname:			
Adresse:			
Geburtsdatum:			
Telefonnummer:			
E-Mail:			
Beruf:			
Größe [cm]:		Gewicht [kg]:	

Liebe Patientin,

Bitte nehmen Sie sich die Zeit den Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Der Fragebogen ist wichtig, um ein umfassendes Bild von Ihnen und Ihrem Gesundheitszustand zu bekommen. Dadurch können z.B. mögliche Risikofaktoren für Ihre Gesundheit oder Wechsel/Nebenwirkungen von Medikamenten schneller und besser erkannt/diagnostiziert werden. Vielen Dank.

Krebsvorsorge
1. Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge-Untersuchung (PAP-Abstrich/HPV-Test) (Monat/Jahr)? _____
2. Wann hatten Sie Ihre letzte Mammographie (Monat/Jahr)? _____
3. Hatten Sie schon mal auffällige Befunde bei einer Krebsvorsorge-Untersuchung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte die Befunde mitbringen.

Menstruation/Periode
4. Wann hat Ihre letzte Periode begonnen (Datum)? _____
5. Haben Sie Beschwerden vor/während Ihrer Menstruation? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> starke Blutung <input type="checkbox"/> starke Schmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> andere: _____

Verhütung
6. Welche Verhütungsmethode wenden Sie an? <input type="checkbox"/> Pille <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Sterilisation Mann <input type="checkbox"/> Sterilisation Frau <input type="checkbox"/> andere: _____
7. Sind Sie mit Ihrer Verhütungsmethode zufrieden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Schwangerschaften

8. Wie oft waren Sie schwanger?

9. Welche Art der Geburt hatten Sie?

SSW = Schwangerschaftswoche
MM/JJ = Monat/Jahr

	MM/JJ	SSW	MM/JJ	SSW	MM/JJ	SSW	MM/JJ	SSW
<input type="checkbox"/> normale Geburt								
<input type="checkbox"/> Saugglocke/Geburtszange								
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt								
<input type="checkbox"/> Frühgeburt								
<input type="checkbox"/> Fehlgeburt								
<input type="checkbox"/> Abbruch								

10. Gab es Komplikationen bei der Geburt/Schwangerschaft?

- nein ja
- wenn ja, welche?
- Eileiter-Schwangerschaft
- Hoher Blutverlust
- Schwere Verletzungen
- Wundheilungsstörungen
- Psychische Beschwerden
- Andere: _____

Operationen

11. Hatten Sie Unterleibs- oder Brust-Operationen?

- nein ja, im Jahr _____

12. Hatten Sie andere Bauch-Operationen oder größere Eingriffe?

- nein ja
- wenn ja, wann (Jahr) und welche?
- _____

Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel

13. Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Bitte bringen Sie Ihren Medikamentenplan vom Hausarzt mit, wenn Sie mehr als 3 Medikamente einnehmen.



Erkrankungen/Allergien

14. Haben Sie Vorerkrankungen?

nein

ja

wenn ja, welche?

Bluthochdruck

hohe Cholesterin-/Blutfettwerte

Schilddrüsenfunktionsstörung

Diabetes

Gerinnungsstörungen (z.B. Blutungs-/Thromboseneigung, Lungenembolie)

Herz-/Kreislaufkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall)

Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs, Eierstockkrebs, Darmkrebs)

neurologische Erkrankungen (z.B. Migräne, multiple Sklerose, Epilepsie)

psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angststörungen)

andere Erkrankungen (z.B. Lunge, Leber, Nieren, genetische)

15. Gibt es in der eigenen Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) Erkrankungen?

nein

ja

wenn ja, welche?

Gerinnungsstörungen (z.B. Blutungs-/Thromboseneigung, Lungenembolie)

Herz-/Kreislaufkrankungen unter 55 Jahren (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)

Krebserkrankungen unter 60 Jahren (z.B. Brust-/Eierstock-/Darmkrebs)

andere vererbare Erkrankungen

16. Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten? (z.B. gegen Medikamente, Lebensmittel)

nein

ja, gegen: _____

Drogenkonsum

17. Konsumieren Sie Nikotin?

nein

ja, seit ____ Jahren, ca. ____ Zigaretten pro Tag

18. Konsumieren Sie Alkohol?

nein

gelegentlich

regelmäßig (mehr als 1 Glas Wein/Bier pro Tag)

19. Konsumieren Sie andere Drogen?

nein

gelegentlich

regelmäßig

Bewegung und Ernährung

20. Ernähren Sie sich vegetarisch oder vegan?

nein

vegetarisch

vegan

21. Machen Sie regelmäßig Sport?

nein

ja, ____ Mal pro Woche, jeweils ca. ____ Minuten

22. Welche Sportarten üben Sie aus?

Persönliche Lebenssituation

23. Gibt es aktuell eine persönliche Lebenssituation, die Sie belastet?

(z.B. Trennung, Erkrankung in der Familie, Pflege von Angehörigen, Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen, Alleinerziehend, etc.)

nein

ja, folgende: _____