

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Frauenarztpraxis. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ruhe zur Vorbereitung auf unser Gespräch.

Daten zur Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	Beruf
Telefonnummer	E-Mail	Krankenkasse
Hausarzt	Größe	Gewicht

Allgemeine Anamnese

Vorerkrankungen

Herz	Lunge
Niere	Leber
Bluthochdruck	Schilddrüse
Diabetes mellitus	Thrombose/Embolie
Migräne mit/ohne Aura	Weitere

Medikamente

1.	3.	5.
2.	4.	6.

Medikamente zu Blutverdünnung: Ja Nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt:

Nein Ja, welche

Rauchen:

Nein Ja, wieviel pro Tag

Trinken Sie Alkohol:

Nie Selten Gelegentlich Regelmässig

Familienanamnese:

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombosen, Embolien oder sonstige Erkrankungen bekannt?

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied und in welchem Alter:

Gibt es in Ihrer Familie Formen von Behinderungen, Missbildungen oder genetische Erkrankungen?

Wenn ja, welche und bei welchen Familienmitglied?

Gynäkologische Anamnese

Menarche/erste Periodenblutung mit ____ Jahren.

Für postmenopausale Frauen: Letzte Periodenblutung mit ____ Jahren.

Für prämenopausale Frauen: Wann war Ihre letzte Periodenblutung ____

Dauer des Zyklus ____ Tage.

Zyklus	regelmäßig	unregelmäßig	normal	
Blutung	stark	wenig	schmerzhaft	normal

Wie häufig waren Sie schwanger? ____

Geburten? ____ Fehlgeburten? ____ Eileiterschwangerschaften? ____

Entbindungsart: Vaginal Kaiserschnitt Jahr ____ Geschlecht ____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge (PAP)? ____

Wann war die letzte Mammographie? ____

Wann war die letzte Darmspiegelung? ____

Gynäkologische Operationen (bspw. Eierstöcke, Gebärmutter, Brust, Kaiserschnitt):

Weitere - nicht gynäkologische Operationen?

Weitere wichtige Informationen, die sie uns mitteilen möchten?

Dürfen wir Sie in unser Recall System aufnehmen? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit meiner Angaben und willige in die Verarbeitung meiner Daten ein (siehe Datenschutzerklärung).

Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass alle meine Patientendaten (sowohl in schriftlicher als auch in digitaler Form) der Praxis Mozafary den Übernehmern der Praxis, Dr. med. A. Vrentas und V. Vrentas zur Einsicht, Nutzung und Verarbeitung freigegeben werden.

Datum

Unterschrift