

Frauenarztpraxis
Dr. Catrin Häberlein
Wilhelmshavener Str. 21
15738 Zeuthen

Liebe Patientin!

Um Sie optimal behandeln zu können, nehmen Sie sich bitte Zeit, uns ein paar Fragen zu beantworten.

Name **Vorname** **Geburtsdatum**

Mail Adresse:

Telefon/Handy:

Grund des Praxisbesuchs:

Letzte Periode :

Regelmäßig/unregelmäßig Schwache/normale/ starke **Blutung** leichte/mittlere/starke **Schmerzen**

Verhütung:

Hormontherapie:

Gynäkologische Erkrankungen : nein **ja**

Gynäkologische Operationen: nein **ja**

Anzahl der Schwangerschaften:

Spontangeburt:

Kaiserschnitt:

Fehlgeburten :

Abtreibungen: (operativ/medikamentös)

Gibt es Probleme beim Wasser lassen/ halten? Stuhlgangprobleme? nein **ja, welche?**

Sind sonst Erkrankungen bekannt? (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Depression) nein **ja was?**

Wurden Sie bereits operiert? (z.B. Blinddarmentfernung, Bauchspiegelung) nein **ja woran?**

Nehmen Sie **Medikamente**? nein **ja, welche?**

Sind **Allergien** bekannt? nein **ja wogegen?**

Haben Sie **Migräne**? nein **ja** wenn ja **mit Aura**? nein **ja** zyklusabhängig? nein **ja**

Hatten Sie jemals eine **Thrombose**? nein **ja Wann? Wo?**

Ist eine **Blutungsneigung** bekannt? nein **ja Welche?**

Rauchen Sie? nein **ja wie viel ?**

Alkoholkonsum? Nie/selten/regelmäßig

Gibt es **Erkrankungen in Ihrer Familie?**
(z.B. Brustkrebs, Thrombose, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes, Osteoporose)

nein **ja**

Ab dem 50 . Lebensjahr : Wann war die letzte **Mammographie**?

Ab dem 55. Lebensjahr: Wann war die letzte **Darmspiegelung**?

Ist Ihr Impfschutz aktuell?

Ja **Nein**

Entsprechend der Datenschutzverordnung müssen Sie darüber informieren, dass wir Ihre Daten an unserer Labore (Krebsabstrich/Blutbefunde) weitergeben. Sind Sie damit einverstanden?

Ja Nein

Dürfen wir Sie über **auffällige Befunde** per Mail/SMS oder telefonisch informieren?

Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Ihr Team der Frauenarztpraxis Dr. Catrin Häberlein