

**Liebe Patientin, um einen reibungslosen Ablauf Ihrer Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, diesen Patientenaufnahmebogen auszufüllen.**

Name .....Vorname.....Geb.-Datum.....

Wohnanschrift.....

Krankenversicherung:.....

Wann hatten Sie Ihre erste Periode? .....

In welchen Abständen kommt Ihre Periode und wie lange bluten Sie? .....

Wann war Ihre letzte Periode? .....

Wie viele Kinder haben Sie geboren? .....

Waren es normale Geburten oder Kaiserschnitte? .....

Hatten Sie Fehlgeburten oder Unterbrechungen? .....

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche und wann? .....

.....

Gynäkologische Operationen? .....

Haben/ Hatten Sie internistische Erkrankungen?      Ja       Nein   
(z. B. Leber-, Gallen-, Magen-, Darmleiden, TBC, Diabetes,  
Herz-, Lungen-, Nieren-, oder Geschlechtskrankheiten, Schilddrüse)

Wenn ja, welche Erkrankungen haben Sie?.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche  
Haben Sie bekannte Allergien? Wenn ja, welche?.....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele pro Tag:.....

Wie groß sind Sie?.....

Ist bei Ihnen bereits in der Vergangenheit eine Mammographie (Röntgenaufnahme der Brust) durchgeführt worden, wenn ja, wann und wie war der Befund?.....

Düsseldorf, den

-----  
Unterschrift Patientin

Ist bei Ihnen bereits in der Vergangenheit eine Darmspiegelung (Coloskopie) durchgeführt worden, wenn ja, wann und wie war der Befund?.....

Besteht bei Ihnen eine Gerinnungsstörung, Z. n. Thrombose, eine Migräne mit/ohne Aura Ja  Nein

Sind in Ihrer Familie Krebsleiden, Gerinnungsstörungen, Thrombosen, Lungenembolien, Schlaganfälle, Diabetes Herzinfarkte bekannt ? Ja  Nein   
Wenn ja, welche der genannten Erkrankungen und bei wem?  
.....

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen? Ja  Nein

Haben Sie regelmäßigen Stuhlgang? Ja  Nein

Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate? Ja  Nein   
Wenn ja, seit wann und welches Präparat? .....

Weshalb kommen Sie heute zu uns?  
.....

Haben Sie Beschwerden und wenn ja, seit wann? (Bitte markieren)  
Ausfluss  Juckreiz  Blutungen  Schmerzen  Hitzewallungen  Vorsorge

Möchten Sie die Pille verschrieben haben? Ja  Nein

Fühlen Sie sich schwanger? Ja  Nein

Haben Sie sexuelle Probleme? Ja  Nein

Möchten Sie regelmäßig an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden?  
Ja  Nein

Düsseldorf, den

-----  
Unterschrift Patientin