

Sehr geehrte Patientin

Willkommen in unserer frauenärztlichen Praxis !

Pat.Nr.

Wir bitten Sie, uns bei Ihrem **ersten Besuch** folgende Fragen zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Behandlung optimal zu gestalten.

	Jahr / Datum	Kommentare
Wann war der 1.Tag Ihrer letzten Menstruation ?		
Wie alt waren Sie bei der aller ersten Menstruation ?		

	nein	ja
Hatten Sie, Ihre Eltern oder Geschwister je eine Thrombose, Herzinfarkt, Schlaganfall ?		
Leiden Sie, Ihre Eltern oder Geschwister an Krebs (Brust, Eierstock, Gebärmutter, Dickdarm) ?		
Leidet jemand in Ihrer Familie an Osteoporose ?		
Hatten Sie je Operationen (Blinddarm, Bauch, Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter, andere ...)?		
Leiden sie an Allergien ? (<i>Medikamente, Jod, Latex, Lebensmittel, Nickel, ...</i>) ?		
Leiden Sie an Erkrankungen von Organen (Herz, Lunge, Niere, Darm, Nerven, Knochen, Haut, ...) ?		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente/Hormone ein ?		
Rauchen oder trinken Sie regelmässig Alkohol ?		
Ist Ihre Blutung un regelmässig ?		
Haben Sie Beschwerden während der Mens ?		
Falls Sie noch nicht 50jährig sind, verhüten Sie ?		
Leiden Sie an Hitzewallungen ?		
Leiden Sie an Ausfluss ?		
Verlieren Sie ungewollt Urin ?		
Hatten Sie je eine Mammographie (Bruströntgen) ?		
Haben Sie eine besondere Frage ?		

Waren Sie je schwanger?

Geburtsjahr	Spontane Geburt	Zange / Vakumm	Kaiserschnitt	Ort	Name des Kindes	Gewicht (g)	gesund ?	wie lange gestillt ?