



Liebe Patientin,

00000

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten.

Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese(Vorgeschichte) zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Wenn Sie Probleme mit einzelnen Fragen haben, so überspringen Sie diese.

Name: Vorname: Geb.Datum:

Zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:

Familienstand/Tätigkeit des Partners: /

Hausarzt:

Regelblutung: erste Regel mit Jahren
 Zyklusdauer (z.B. 28 Tage) Tage Dauer/Stärke Tage/
 Datum Beginn oder Jahr letzte Regel

Hormontherapie/Verhütungsmethoden, welche bisher angewendet wurden:

Hormone, Pille, Spirale, Kondome, usw.	Hormon-, Pillen-, Spiralenname	von	bis

Impfungen:

Gebärmutterhalskrebs(HPV): Ja ☐ Nein ☐ weiss nicht ☐ Ausweis zuhause ☐ kein Ausweis ☐
 2x Röteln: Ja ☐ Nein ☐ weiss nicht ☐ Ausweis zuhause ☐ kein Ausweis ☐
 2x Windpocken(wilde Blattern): Ja ☐ Nein ☐ weiss nicht ☐ Ausweis zuhause ☐ kein Ausweis ☐
 Keuchhusten, Jahr Ja ☐ Nein ☐ weiss nicht ☐ Ausweis zuhause ☐ kein Ausweis ☐
 Hepatitis: Ja ☐ Nein ☐ weiss nicht ☐ Ausweis zuhause ☐ kein Ausweis ☐

bitte ankreuzen	nie	früher	gelegentlich	häufig
Blasenentzündungen	☐	☐	☐	☐
Unterleibsentzündungen	☐	☐	☐	☐

eigene Erkrankungen:

Erkrankung (z.B. Migräne, Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen)

alle Operationen:

Datum/Jahr	Art des Eingriffs



weiter nächste Seite

Geburten:

Datum/Jahr	Geburtsart (vaginale Geburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Gesamtdauer der Stillzeit: Monat/e**Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche / Eileiterschwangerschaften:**

Bitte entsprechendes ankreuzen!

Datum/Jahr	Fehlgeburt	Schwangerschaftsabbruch	Eileiterschwangerschaft
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel, welche regelmässig eingenommen werden:

Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel	Dosis	seit

Allergie (welche Reaktion):**Unverträglichkeiten (welche Reaktion):**

Konsum von:

ankreuzen	nie	früher	gelegentlich	regelmässig
Nikotin	☐	☐ bis	☐	☐ /Tag
Alkohol	☐	☐ bis	☐	☐
Drogen	☐	☐	☐	☐

Ernährung(bitte ankreuzen):

normale Ernährung:

Ja ☐andere Ernährung ☐vegetarische/vegane Ernährung: Ja ☐Einnahme von Milchprodukten: Ja ☐ Nein ☐**ernsthafte erbliche Erkrankungen in der Familie:**

Verwandtschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, Bluthochdruck, Migräne, Zuckererkrankung, Thrombosen/Embolien/Schlaganfälle, angeborene Herzfehler(auch beim Partner), Osteoporose, angeborene Hüftleiden, Demenz)

Sonstige Anmerkungen: geben Sie auch gerne an, wenn eine sehr hohe Franchise ein Problem werden könnte Ja ☐Grösse cm Gewicht Kg

Datum:

Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Dr. med. Bodo Grahlke