

Fragebogen zum Erstkontakt einer neuen Patientin

Liebe Patientin,

wir benötigen von Ihnen einige Auskünfte zu Ihren persönlichen Daten und zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte. Bitte füllen Sie diesen sorgfältig Fragebogen aus und schicken Sie ihn uns vor Ihrem Besuch bei uns vorab per Mail oder per Post.

Nachname: Geburtsdatum:

Vorname: Tel. Festnetz:

Beruf: Tel. mobil:

Straße und Wohnort:

Hausarzt: Email-Adresse:

Körpergröße in cm: Gewicht in kg:

Welchen Grund hat Ihr Besuch in meiner Praxis?

.....

Haben Sie Kinder geboren? Nein Wenn ja, wie und gab es Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

Geburtsjahr: normal Kaiserschnitt Saugglocke/Zange Komplikationen:.....

Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt? Nein Ja, wann?

Hatten Sie jemals eine Eileiterschwangerschaft? Nein Ja, wann?

Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch? Nein Ja, wann?

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? Nein Ja, wann und welche?

.....

.....

Hatten Sie jemals eine andere Operation? Nein Ja, wann und welche?

.....

Nehmen Sie gelegentlich oder regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, welche?

.....

Wenden Sie eine Verhütungsmethode an? Nein Ja, welche?

Pille Verhütungsring Implanon 3-Monatsspritze Kondome Kupferspirale Hormonspirale Sterilisation

Sterilisation des Partners natürliche Maßnahmen wie Aufpassen NFT Temperaturmethode Diaphragma

andere Methode

Besteht bei Ihnen eine Unverträglichkeit eines Medikaments? Nein Ja, welches?

Besteht bei Ihnen eine Allergie? Nein Ja, welche?

Rauchen Sie? Nein Ja, wie viele Zigaretten täglich?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? Nein

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="radio"/> Asthma bronchiale | <input type="radio"/> Hepatitis |
| <input type="radio"/> Venenthrombose | <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Lungenembolie | <input type="radio"/> Leberfunktionsstörung | <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Lebertumor | <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Krampfadern |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Gemütskrankung |
| <input type="radio"/> Brustkrebs | <input type="radio"/> Eierstockkrebs | <input type="radio"/> Gebärmutterkrebs | <input type="radio"/> Krebs im Schambereich |
| <input type="radio"/> andere Krebserkrankung, wenn ja, wann und welche | | | |

sonstige Erkrankungen

Traten in Ihrer (blutsverwandten) Familie (Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen auf? Nein

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Brustkrebs | <input type="radio"/> Eierstockkrebs | <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Erbkrankheiten |
| <input type="radio"/> andere Krebserkrankungen, wenn ja welche? | | | |

sonstige Erkrankungen in der Familie:

Wann und wo waren Sie zuletzt zur frauenärztlichen Untersuchung?

Name und Adresse des letzten Frauenarztes:

Gab es bei früheren frauenärztlichen Untersuchungen etwas Besonderes? Nein Ja, wann und was?

Wurde bei Ihnen die HPV-Impfung (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt? Nein Ja, wann

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Krebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt? Nein Ja, wann

Wurde bei der letzten Krebsvorsorgeuntersuchung ein Zellabstrich (PAP-Abstrich) durchgeführt? Nein Ja weiß nicht

Wurde bei der letzten Krebsvorsorgeuntersuchung HPV-Abstrich durchgeführt? Nein Ja weiß nicht

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt? Nein Ja, wann und wo?

.....
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt? Nein Ja, wann

Wenn Sie schon einmal bei einem Frauenarzt waren, bringen Sie bitte die **Ergebnisse der Krebsvorsorgeuntersuchungen der letzten 3 Jahre** mit, die Sie bei Ihrem bisherigen Frauenarzt erhalten können.

Wenn Sie schon einmal an der Brust oder im Bereich der Genitalorgane operiert worden sind, fordern Sie bitte die Unterlagen zur dieser Operation bei Ihrem bisherigen Frauenarzt oder im Krankenhaus an und bringen Sie diese bitte zum Termin mit.

Wenn bei Ihnen schon einmal eine Mammographie gemacht worden ist, fordern Sie bitte diesen Befundbericht bei Ihrem bisherigen Frauenarzt oder in der Röntgenpraxis an und bringen Sie diese bitte zum Termin mit.

Wenn bei Ihnen schon einmal **Endometriose** vermutet oder diagnostiziert wurde, füllen Sie bitte zusätzlich den [Fragebogen für Patientinnen mit Endometriose \(www.dr-becherer.de > Downloads\)](http://www.dr-becherer.de) aus.

Wenn Sie schwanger sind oder eine **Schwangerschaft** vermuten, füllen Sie bitte zusätzlich den Anamnesebogen für Schwangere ([www.dr-becherer.de > Downloads](http://www.dr-becherer.de)) aus.

Bitte lesen und unterschreiben Sie die **Datenschutzerklärung** ([www.dr-becherer.de > Downloads](http://www.dr-becherer.de)) und bringen Sie diese zum ersten Termin mit.

Bitte beachten Sie:

Leider kam es schon wiederholt vor, dass Neupatientinnen ihren Erstkontaktermin nicht eingehalten und auch nicht vorher abgesagt haben. Deshalb erheben wir eine **Ausfallgebühr in Höhe von 50 €**, wenn Sie Ihre Termine nicht einhalten und ihn nicht bis spätestens am Vortag telefonisch oder per Email absagen. Mit Ihrer Unterschrift auf diesem Fragebogen erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihnen diese Ausfallgebühr in Rechnung stellen, wenn Sie Ihre Termine nicht bis spätestens am Vortag telefonisch oder per Email absagen. Falls Sie nicht damit einverstanden sein sollten, können wir Ihnen keinen Termin anbieten.

Datum

Unterschrift