



**Zentrum für  
Frauenheilkunde Peine**

Sehr geehrte Patientin,

da Sie unsere Praxis heute erstmals aufsuchen, bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten.

Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Krankengeschichte zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Hebamme:** \_\_\_\_\_

**Regelblutung:** erste Regel (Periode) mit \_\_\_\_\_ Jahren

keine Regel (Periode) mehr seit \_\_\_\_\_ Jahren

**Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch?**

Ja            nein            Wenn **ja** seit wann? \_\_\_\_\_

**Geburt**

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Gewicht, Größe	Geschlecht

**Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften (bitte ankreuzen und Schwangerschaftswoche angeben)**

Datum	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft rechts oder links

**Bitte Rückseite auch ausfüllen ! →**

### Eigene Erkrankungen

(z.B Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Thrombose, Herz-, Leber- oder Nierenerkrankung)

---

---

**Allergische Reaktion** auf folgende Stoffe(z.B Antibiotika, Laktose, Latex, Schmerzmittel):

---

### Gynäkologische Operationen:

Datum	Art des Eingriffes z.B. Gebärmutterentfernung, Brustoperation (Seite), Bauchspiegelung

**Allgemeine Operationen** z.B. Blinddarm:

Datum	Art des Eingriffes

### Ernsthafte Krankheiten in der Familie:

Verwandtschaftsgrad (z.B. Mutter, Oma)	Erkrankung (Krebsleiden, hoher Blutdruck, Diabetes, Blutgerinnungsstörungen, Schlaganfall, Erbkrankheiten)

**Konsum** von (bitte ankreuzen)

	Früher	Gelegentlich	regelmässig
Nikotin			
Alkohol			
Drogen			

**Beruf** und//oder **besondere Belastungen** z.B. Pflege von Angehörigen

---

Wann war die letzte Regel: \_\_\_\_\_

Wie lange dauert ihre Blutung?: \_\_\_\_\_ Wie lang sind die Abstände zwischen den Blutungen?: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

**Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:**

z.B. Pille, Pflaster, Ring, Spirale, 3-Monatsspritze, Sterilisation, Kondom

Methode	Von	Bis

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit:**

---

---

**Letzte Mammographie:** \_\_\_\_\_

**Letzte Darmspiegelung:**\_\_\_\_\_

**Letzte gynäkologische Untersuchung/Krebsvorsorge:**

(Monat/Jahr):\_\_\_\_\_ Befund auffällig?\_\_\_\_\_

Vorheriger Gynäkologe/Gynäkologin:\_\_\_\_\_

**Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs :**        ja        nein

**Haben Sie derzeit Beschwerden?**

---

---

**Haben Sie Fragen an uns?**

---

---

**Danke für Ihre Mithilfe**

**Ihr Praxisteam**