

Liebe Patientin,  
aus dem breiten Spektrum an möglichen medizinischen Leistungen und Methoden möchten wir für Sie individuelle Behandlungskonzepte zusammenstellen. Das ist jedoch nur dann möglich, wenn Sie uns umfassend über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen informieren.

### Persönliche Angaben

Name

Vorname

Beruf

Straße



PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

### 1. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt oder/und behandelt? (Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. ergänzen)

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Herzkrankheiten (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Gefäßkrankheiten/Erkrankungen des Blutgerinnungssystems (z. B. Arteriosklerose, Lungenembolie, Thrombose, Thrombophilie, APC-Resistenz, Protein C-, Protein S-Mangel)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Allergien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Rheuma, Arthrose, Osteoporose)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Leber- und Gallenerkrankungen (z. B. Hepatitis, hoher Cholesterinspiegel, hohe Blutfettwerte [Triglyceride], Gallenkoliken)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Magen- und Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn, Colitis, Geschwüre, Sodbrennen, Entzündungen der Magen- oder Darmschleimhaut)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>
Bösartige Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>

Nervensystemerkrankungen (z. B. Epilepsie, Depression)  nein  ja

Nieren- und Blasenkrankungen  
(z. B. Harninkontinenz, Nierenbeckenentzündung)  nein  ja

Schilddrüsenerkrankungen  
(z. B. Über- oder Unterfunktion, Vergrößerung)  nein  ja

Sonstige Erkrankungen  nein  ja

Rauchen Sie?  nein  ja tägl. Menge

2. Sind Sie schon einmal operiert worden?  nein  ja

- Ausschabung  Bauchspiegelung  Gebärmutter  
 Konisation  Eileiter  Eierstock

Jahr und Art der Operation

Sonstige Operationen (z. B. Blinddarm, Mandeln, Gelenke)  nein  ja

Jahr und Art der Operationen

3. Waren Sie schon schwanger?  nein  ja

Jahr Spontanpartus Kaiserschnitt Saugglocke / Zange Fehlgeburt Gewicht

Hatten Sie Fehlgeburten?  nein

Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche?  nein

4. Bestehen oder bestanden in Ihrer Blutsverwandtschaft

Herz-Kreislauf-Erkrankungen  
(z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall)?  nein  ja

Krebserkrankungen  
(z. B. Brustkrebs, Eierstockkrebs oder Darmkrebs)?  nein  ja

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z. B.  nein  ja  
Bluthochdruckmittel, blutverdünnende Mittel, Pille)

Bezeichnungen der Medikamente

6. Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Regelblutung bekommen haben?

7. Wann war der 1. Tag der letzten Regelblutung?

8. Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

Erfolgte im Rahmen der Krebsvorsorge eine Ultraschalluntersuchung?  nein  ja

9. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchgeführt?  nein

Ich habe noch folgende Beratungswünsche:

Datum

Unterschrift Patientin

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Ihre Frauenärztin

Dipl.-Med. Brigitte Benkenstein

Notizen

.....  
.....