

Praxis-Fragebogen

Name	Geburtsdatum
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail:	
Grund des heutigen Termins:	Wann begann Ihre letzte Periodenblutung (Tag/Monat/Jahr)

Treten Ihre Periodenblutungen in regelmäßigen Abständen auf (alle 4 Wochen)?

- ja, alle Tage, über wie viele Tage?
- nein, unregelmäßige Blutungsabstände zwischen und Tagen

Ist Ihre Periodenblutung schmerzhaft?

- ja nein

Wenn ja, nehmen Sie deswegen regelmäßig Schmerzmittel?

- ja nein

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung? Jahre

Waren Sie schon einmal schwanger?

- ja nein

Wenn ja, Geburten (Jahr, Geburtsart, Name des Kindes):

Fehlgeburten (Jahr):

Schwangerschaftsabbrüche (Jahr):

Welchen Beruf üben Sie aus?

Gibt es Brustkrebs

- bei einer nahen Verwandten (Mutter, Tochter, Schwester, Großmutter mütterlicherseits) oder zwei entfernten weiblichen Verwandten (Tante, Urgroßmutter etc.) oder einem männlichen Verwandten oder
- Eierstockkrebs** bei Mutter oder Tochter?
Wie alt war die Betroffene bei Ausbruch der Krankheit?

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen:

- Krebs (Unterleib, Darm) Fettstoffwechselstörungen Thrombose/Embolie
 Zuckerkrankheit, Herz-, Kreislaufkrankungen?

Wurden bei Ihnen Bauch- und/oder Unterleibsoperationen (z.B. Bauchspiegelung, Blinddarm) durchgeführt?

- nein ja, welche und wann?

Wurde bei Ihnen eine andere Operation durchgeführt?

- nein ja, welche und wann?

Hatten oder haben Sie folgende Unterleibserkrankungen (Endometriose, Eierstockzysten, Eileiterentzündungen, Eileiterschwangerschaften)? Wenn ja, wann?

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, wann?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Thrombose/Embolie, _____ | <input type="radio"/> Krampfadern, _____ |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung, _____ | <input type="radio"/> Herz-Kreislauf-Gefäßerkrankung, _____ |
| <input type="radio"/> Zuckererkrankung, _____ | <input type="radio"/> Epilepsie, _____ |
| <input type="radio"/> Migräne, _____ | <input type="radio"/> Lebererkrankung, _____ |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung, _____ | <input type="radio"/> Krebs, _____ |
| <input type="radio"/> Seelische Störungen, _____ | <input type="radio"/> Andere Erkrankungen, _____ |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wofür?

- nein ja, welche und wann?

Haben Sie schon einmal eine Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) durchführen lassen?

- nein ja, wann war die letzte Untersuchung (Monat/Jahr) und wo (Name der Praxis, Screening)?

Ihre Körpergröße in cm:

Haben Sie schon einmal eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchführen lassen?

- nein ja, wann war die letzte Untersuchung (Monat/Jahr) und wo (Name der Praxis, Screening)?

Haben Sie einen Blutgruppenausweis?

- ja nein

Sind Sie durch eine durchgemachte Erkrankung oder durch eine Impfung geschützt vor Röteln?

- ja nein

Windpocken?

- ja nein

Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft?

- ja nein

Wenn ja, alle 3 Impfungen?

- ja nein

Haben Sie einen Impfausweis?

- ja nein

Wann sind Sie das letzte Mal geimpft worden?

Rauchen Sie?

- ja nein

Wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag? _____ (Stück)

Sind Sie verheiratet oder leben Sie in einer Partnerschaft?

- ja nein

Welche Verhütungsmethode wenden Sie zur Zeit an?

Seit wann?

Liegt bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit (Allergie) vor? ja nein

Wenn ja, gegen welche Präparate?

Vielen Dank!