

Dr. med. Ulrike Werner und Yvonne Gillot IHRE FRAUENÄRZTINNEN



Sehr geehrte Patientin,
sie sollen sich bei uns gut versorgt fühlen. Hierfür benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Krankengeschichte. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen diesen Fragebogen aus!

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Hausarzt: _____
Telefonnummer, Festnetz: _____ Handy: _____
Email: _____

Hatte Sie irgendwelche Brust- oder Unterleibserkrankungen oder -operationen? Wann? Welche?

Haben Sie Kinder geboren?

Jahr	Geschlecht	Geburtsmodus*	Gewicht	Größe	Besonderheiten
------	------------	---------------	---------	-------	----------------

* Normale Geburt, Zange, Saugglocke oder Kaiserschnitt

Sind noch andere Schwangerschaften gewesen? Wie viele?

Fehlgeb.:	Abbrüche:	Eileiterschwangersch.:
-----------	-----------	------------------------

Erste Menstruation mit	Jahren
------------------------	--------

Haben Sie chronische Erkrankungen, welche? (Welche Ärzte suchen Sie regelmäßig auf, warum?)

Hatten Sie andere Operationen oder ernsthafte Erkrankungen? Wann? Welche?

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Hatten Sie jemals eine Thrombose oder Lungenembolie? Wann?

Gab es in Ihrer engeren Blutsverwandtschaft Erkrankungen wie Thrombose, Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Krebs? Wer hatte was?

Haben Sie Allergien? Worauf?

Rauchen Sie? Wieviel?

Körpergröße:	Gewicht:
--------------	----------

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Wir möchten ein Erinnerungssystem an Impfungen, Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen einrichten.

Wünschen Sie dann unseren Erinnerungsservice?	Ja / Nein
---	-----------

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Bitte halten Sie für das Gespräch mit der Ärztin sofern vorhanden folgende Unterlagen bereit: Impfausweis, alter oder aktueller Mutterpass, Liste der aktuellen Medikamente, Blutgruppenpass, Allergiepass!