



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:

Telefonnummer:

(mobil, Festnetz)

E-mail:

Mein Hausarzt:

Hatten Sie irgendwelche Brust- oder Unterleibserkrankungen oder – operationen? Wann? Welche?

Haben Sie Kinder geboren? Wie viele? Kaiserschnitt?

Sind noch andere Schwangerschaften gewesen? Wie viele?

Fehlgeburten:

Abbrüche:

Eileiterschwangerschaften:

Letzte 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? Was wurde dafür als Ursache angenommen?

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

Haben Sie Allergien? Worauf?

Rauchen Sie? Wie viel?

Körpergröße:            Gewicht:

Hatten Sie jemals eine Darmspiegelung? Wann?

Wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Datum, Unterschrift:

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Bitte halten Sie für das Gespräch mit der Ärztin, sofern vorhanden, folgende Unterlagen bereit:

Impfausweis, Liste der aktuellen Medikamente, Allergiepass!