

Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Frauenheilkunde

PD Dr. med. Ziad Hilal, MIAC

Dr. med. Alexandra Nehring

Dr. med. Yasmine Hilal (angestellte Ärztin)

Önder Isbilen (angestellter Arzt)

Anamnese Fragebogen

PatNachname , PatVorname PatGeburtsDatum

Tagesdatum

Größe

Gewicht

Beruf : _____ Telefon. Nr: _____

Email : _____

1. Was ist der Anlass dieses Arztbesuches ? _____
2. Waren Sie früher schon einmal bei einer Frauenärztin / Frauenarzt?
 Ja Nein Wenn ja, wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung? _____
3. **Regelblutung:** Erste Regel (Periode) mit _____ Jahren
Keine Regel (Periode) mehr seit _____ Jahren
4. Haben Sie Allergien ? Ja Nein
Wenn ja, gegen was _____
5. Rauchen Sie ? Ja Nein
6. Verhütung ? Ja Nein
Wenn ja, welche Verhütungsmethode: _____
7. **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?** Ja Nein
Wenn ja, welche ? _____
8. **Eigene Erkrankungen:** Ja Nein _____
Bluthochdruck Ja Nein _____
Herz-Kreislaufferkrankungen Ja Nein _____

- Diabetes mellitus Ja Nein _____
- Thrombose Ja Nein _____
- Nierenfunktionsstörung Ja Nein _____
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein _____
- Magen-Darmerkrankung Ja Nein _____
- Schlaganfall Ja Nein _____
- Migräne Ja Nein _____
- Leber-Gallenfunktionsstörung Ja Nein _____
- Sonstiges Ja Nein _____

Gibt es in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen? Ja Nein

FALLS ja: Welche ? Wer?

- Herzinfarkt Ja Nein _____
- Schlaganfall Ja Nein _____
- Thrombose Ja Nein _____
- Lungenembolie Ja Nein _____
- Zuckerkrankheit Ja Nein _____
- Brustkrebs Ja Nein _____
- Gebärmutterhalskrebs Ja Nein _____
- sonstige Erkrankungen: Ja Nein _____

allgemeine Operationen

Datum / Jahr	Art des Eingriffs

Gynäkologische Operationen

Datum / Jahr	Art des Eingriffs

Waren Sie schon einmal Schwanger Ja Nein

FALLS Ja: Angaben zu den Schwangerschaften

Datum	Geburtsart /-gewicht/Geschlecht des Kindes	Komplikationen

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann erfolgte die letzte Impfung?

Corona _____

Hepatitis B _____

Tetanus/Diphtherie. _____

Polio _____

HPV (Gebärmutterhalskrebs) _____

Keuchhusten _____

Masern, Mumps, Röteln _____