



Berufsausübungsgemeinschaft  
**Dr. med. S. Bentzel u. Dr. med. H. Klug**  
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sehr geehrte Patientin,  
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die gestellten Fragen so ausführlich wie möglich zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### KONTAKTDATEN

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Straße und Nr. .... PLZ, Ort: .....  
Telefon: ..... Email: ..... Beruf: .....  
Hausarzt/-ärztin: .....

### ALLGEMEINE ANGABEN

Körpergröße: ..... cm      Gewicht: ..... kg

#### Vorerkrankungen:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> Lungenembolie                            | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung          |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Thrombose                                | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zucker) |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt     | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD                              | <input type="checkbox"/> Krampfadern                |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie                                | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung     |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Migräne                                  | <input type="checkbox"/> Osteoporose                |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung                         | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung            |
| <input type="checkbox"/> HIV             | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung             |
| <input type="checkbox"/> Rheuma          | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung                      | <input type="checkbox"/> Glaukom                    |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:.....  | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (wenn ja, welche?) ..... |   |

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ? (bitte Medikamentenplan vorzeigen)

- Nein       Ja, folgende: .....
- .....
- .....

Wurden Sie schon einmal **operiert**?

- Nein       Ja, Datum/Eingriff: .....

**Rauchen** Sie?

- Nein       Ja, Zigaretten/Tag: .....

Haben Sie **Allergien** bzw. Medikamentenunverträglichkeiten:

- Nein       Ja, folgende: .....

Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (**HPV-Impfung**) durchgeführt?

- Nein  Ja

Besteht oder bestand bei **Verwandten** (Eltern, Geschwister, Kindern, Großeltern, Tante, Onkel) eine der **folgenden Erkrankungen**?

- Schlaganfall  Herzinfarkt  Thrombose  
 Lungenembolie  Demenz/Alzheimer  Sonstige .....  
 Krebserkrankungen - Wenn ja, welche? .....

Gab es in Ihrer **Familie Formen von Behinderungen**, Missbildungen, Chromosomenanomalien sowohl geistiger als auch körperlicher Art?

- Nein  Ja, folgende: .....

### **GYNÄKOLOGISCHE ANGABEN**

- Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? .....  
Wann war die letzte Krebsvorsorge? .....  
Wann war die/der letzte Mammographie/Brustultraschall? .....  
Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Wenn ja, wann? .....

### **Regelblutung**

- Erste Periode mit ..... Jahren  Letzte Periode: .....
- Wie lange dauert Ihr Zyklus?  
 24T  26T  28T  30T  32T  unregelmäßig  kürzer  länger
- Wie lange dauert die Blutung? ..... Tage
- Beschwerden während Ihrer Regelblutung?  
 Nein  Ja, folgende: .....
- Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch?  
 Nein  Ja, seit .....
- Wie verhüten Sie? .....

### **Geburten**

Anzahl: ....., davon ..... natürlich und ..... mit Kaiserschnitt // ..... mit Saugglocke/Zange

Gab es **Komplikationen** während der Schwangerschaft/Geburt?

- Nein  Ja, folgende: .....

### **Fehlgeburten**

Anzahl: ....., davon ..... Abbrüche // Eileiterschwangerschaften: .....

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:**

**Datum, Unterschrift**