

Liebe Patientin!

Helfen Sie uns bei der Arbeit. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen.

Nachname: _____ Vorname: _____

Wie lautet Ihre aktuelle Telefonnummer? _____

Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Allgemeinanamnese:

Alter:

Jahre _____

Größe und Gewicht:

cm _____ kg _____

Haben Sie **Kinder**?

Ja Nein

Sind **Fehlgeburten** aufgetreten?

Ja Nein Keine Angabe

Anzahl _____

Hatten Sie **Schwangerschaftsabbrüche**?

Ja Nein Keine Angabe

Anzahl _____

Sind Sie zurzeit **schwanger**?

Ja Nein Weiß nicht

Wurden bei Ihnen **gynäkologische**

Operationen durchgeführt?

Ja Nein

Wann war der erste Tag Ihrer **letzten Periode**?

Wie ist Ihre **Blutungsstärke**?

Leicht Mittel Schwer

Haben Sie **unregelmäßige Periodenblutungen**?

Ja Nein Keine Angabe

Hatten Sie einen **auffälligen Vorsorgeabstrich**?

Ja Nein Keine Angabe

Leiden Sie unter **Allergien**?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, welche? _____

Wie haben Sie **bisher verhütet**? _____

Wie lange verhüten Sie mit dieser Methode? _____

Sind Sie mit Ihrer bisherigen Verhütungsmethode zufrieden?

Ja Nein

Sexualanamnese:

Haben Sie ein erhöhtes Risiko für **sexuell übertragbare Erkrankungen/Infektionen**?

Ja Nein Keine Angabe

Hat Ihr Partner ein erhöhtes Risiko für **sexuell übertragbare Erkrankungen/Infektionen**?

Ja Nein Keine Angabe

Neigen Sie zu **Scheideninfektionen** (Brennen, Jucken, Ausfluss) ?

Ja Nein Keine Angabe

Neigen Sie zu **entzündlichen Genitalerkrankungen**?

Ja Nein Keine Angabe

Haben Sie **Schmerzen beim Geschlechtsverkehr**?

Ja Nein Keine Angabe

Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder entsprechende Risiken?

Haben oder hatten Sie hohen **Blutdruck**?

Ja Nein Keine Angabe

Rauchen Sie?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____

Hatten Sie einen **Herzinfarkt**?

Ja Nein Keine Angabe

Hatten Sie einen **Schlaganfall**?

Ja Nein Keine Angabe

Leiden Sie unter **Migräne** oder regelmäßigen Kopfschmerzen?

Ja Nein Keine Angabe

Haben Sie einen **Herzfehler**?

Ja Nein Keine Angabe

Hatten Sie und/oder Ihre Geschwister **Herz-/Kreislauf-Erkrankungen**?

Ja Nein Keine Angabe

Hatten Ihre Eltern im Alter unter 45 Jahren

Herz-/Kreislauf-Erkrankungen?

Ja Nein Keine Angabe

Ist eine **Gerinnungsstörung** bekannt?

Ja Nein Keine Angabe

Bitte drehen Sie dieses Blatt um!

Krebserkrankungen

Hatten Sie **Brustkrebs** oder **Eierstockkrebs**?
Kommt in Ihrer Familie **Brustkrebs** oder **Eierstockkrebs** vor?

Ja Nein Keine Angabe

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, bei wem?

Besteht ein **Lebertumor** (gut- und/oder bösartig)?

Ja Nein Keine Angabe

Stoffwechselerkrankungen

Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?

Ja Nein Keine Angabe

Leiden Sie an einer Blutzuckererkrankung
(Diabetes mellitus)?

Ja Nein Keine Angabe

Kommt in Ihrer Familie eine Blutzuckererkrankung
(Diabetes mellitus) vor?

Ja Nein Keine Angabe

Haben Sie eine Fettstoffwechselerkrankung
verbunden mit erhöhten Blutfettwerten?

Ja Nein Keine Angabe

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der
Leber und/oder der Galle (z.B. Leberzirrhose,
Gelbsucht, Hepatitis)?

Ja Nein Keine Angabe

Leiden Sie unter einer entzündlichen Darmerkrankung
(z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa)

Ja Nein Keine Angabe

Leiden Sie unter Nierenerkrankungen?

Ja Nein Keine Angabe

Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheits-
zustand ein?

Gut Durchschnittlich Eher schlecht

Weitere Erkrankungen:

Nehmen Sie **Medikamente** ein und wenn ja, welche:

Geseke, den _____

Unterschrift: _____