

## Patientenauskunft

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil-Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Grund Ihrer Vorstellung: \_\_\_\_\_

Leben Sie alleine?  Ja  Nein

Benötigen Sie Unterstützung im Alltag / Pflegestufe?  Ja  Nein

Bitte geben Sie Ihren Beruf an: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Frauenarzt? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Welche Blutgruppe haben Sie? \_\_\_\_\_

Alter bei erster Monatsblutung? \_\_\_\_\_      Alter bei letzter Monatsblutung? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? \_\_\_\_\_      Nehmen Sie die Pille, welche? \_\_\_\_\_

Erfolgt eine Hormonersatztherapie?  Ja  Nein      Welche und seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder geboren?  Ja  Nein      Wie viele? \_\_\_\_\_      Wann? \_\_\_\_\_

Vaginalgeburt \_\_\_\_      Kaiserschnitt \_\_\_\_      Fehlgeburt \_\_\_\_      Eileiterschwangerschaft \_\_\_\_

Stilldauer insgesamt? \_\_\_\_\_

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_

PAP-Abstrich?  Ja  Nein      Ergebnis: \_\_\_\_\_      Institut: \_\_\_\_\_

Letzte Darmspiegelung? \_\_\_\_\_      Ergebnis: \_\_\_\_\_      Institut: \_\_\_\_\_

Letzte Mammographie? \_\_\_\_\_      Ergebnis: \_\_\_\_\_      Institut: \_\_\_\_\_

Letzte MRT-Mamma? \_\_\_\_\_      Ergebnis: \_\_\_\_\_      Institut: \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden beim Stuhlgang?  Ja  Nein      Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?  Ja  Nein      Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Gewichtsverlust bemerkt?  Ja  Nein      Wieviel? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Appetitverlust?  Ja  Nein

Infektionskrankheit(en)?  Ja  Nein      Welche, seit wann? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Ja  Nein      Wie viele? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein      Wie viele? \_\_\_\_\_

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten stationär behandelt?  Ja  Nein

Falls ja, fand die stationäre Behandlung im Ausland statt?  Ja  Nein

**Wurden Sie schon einmal operiert?**  Ja  Nein

Falls Ja, bitte angeben:

Jahr	Operation	Krankenhaus

**Haben oder hatten Sie selbst bösartige oder andere schwere Erkrankungen?**  Ja  Nein

Falls Ja, bitte angeben (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck):

Jahr	Diagnose	Therapie	Krankenhaus

**Gibt es in Ihrer Familie bösartige Erkrankungen?**  Ja  Nein

Falls ja, bitte angeben:

Diagnose	Wer	Alter

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

**Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?**

Präparat	Dosis	Indikation

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Kontrastmittelallergie?  Ja  Nein

Aktuelle Beschwerden:

---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift