

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