

FRAUENÄRZTINNEN IN BLANKENESE



Dr. med. Gudrun Schittek, Witts Allee 1a, 22587 Hamburg

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße und Nr.:	<input type="text"/>	Postleitzahl und Ort:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Krankenversicherung:	<input type="text"/>
Hausarzt:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>	Mobilnummer:	<input type="text"/>
E-Mail Adresse:	<input type="text"/>		

Sehr geehrte Patientin,

Sie sind neu hier in unserer Praxis, und wir möchten uns gerne ein genaues Bild über Ihre Vorgeschichte machen, damit wir Sie umfassend beraten und behandeln können. Deswegen bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten.

1. Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung, **oder** Ihre letzte Blutung in den Wechseljahren?

2. Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung bei der Frauenärztin?

3. Nehmen Sie die Pille oder ein anderes Hormonpräparat? **Wenn ja, welches?**

4. Haben Sie Kinder geboren? Wenn ja, **in welchem Jahr?** War es eine **normale Geburt oder ein Kaiserschnitt?**

5. Hatten Sie Fehlgeburten? **Wenn ja, wann?**

6. Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche? **Wenn ja, wann?**

7. Sind Sie am Unterleib oder der Brust operiert worden? **Wenn ja, wann, und welche Operationen waren es?**

FRAUENÄRZTINNEN IN BLANKENESE



Dr. med. Gudrun Schittek, Witts Allee 1a, 22587 Hamburg

8. Welche Vorerkrankungen (wie z.B. Krebs, Zuckerkrankheit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Thrombosen, Schlaganfall) und Operationen **haben oder hatten Sie?**

9. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

10. Haben Sie Allergien? **Wenn ja, welche?**

11. **Gibt es in Ihrer Familie** schwere Erkrankungen, wie z.B. Krebs, Zuckerkrankheit, Thrombose, Schlaganfall oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen? **Wenn ja, wer war durch welche Erkrankung betroffen?**

12. Rauchen Sie? **Wenn ja, wie viel am Tag?**

13. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung gemacht? **Wenn ja, wann?**

14. Mit welchem Anliegen kommen Sie zu uns?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

(Datum)

(Unterschrift der Patientin)



senden



drucken