

**Frauenarztpraxis
Dr. Hilka Feuerstein**

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____ **Mobil:** _____

E-Mail-Adresse: _____ **Beruf:** _____

Wir haben einige Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, deren **genaue** Beantwortung uns hilft, Sie besser beraten und betreuen zu können:

Leiden Sie unter einer der angegebenen **Erkrankungen** und sind Sie deshalb in Behandlung?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> andere bösartige Erkrankung |

andere Erkrankungen: _____

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten **Regel:** _____ Jahre

Ist die Blutung: stark normal schwach schmerzhaft
regelmäßig unregelmäßig

Wann war Ihre letzte Regel? _____

Geburten:	Jahr	normale Geburt: ja	nein	Kaiserschnitt	Zange/ Saugglocke
1.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fehlgeburten: Schwangerschaftsunterbrechungen: Bauchhöhlenschwangerschaften:

Operationen/ Jahreszahl: _____

Allergien: _____

Medikamente: _____

Sind sie HPV(**Gebärmutterhalskrebs**) geimpft? Ja nein

Rauchen Sie? Ja nein , wenn ja, wie viel? _____

Verhütung: Pille: welche: _____ Spirale: Kondome: natürlich: keine:

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von **Brust- oder Eierstockkrebs?** ja nein

Gibt es in Ihrer Familie andere Erkrankungen? z.B. Thrombose, Schlaganfall, Zuckerkrankheit

Andere **Besonderheiten/** Grund Ihres Besuchs:
