

# Frauenärztinnen Hamburg

## Aufnahmebogen

Name/Vorname:	Geb. Datum:
Straße / Hausnummer:	PLZ/ Ort
Telefon Festnetz:	Telefon Mobil:
E-Mail:	
Möchten Sie an unserem Erinnerungsservice teilnehmen? <i>(vorzugsweise erinnern wir Sie per E-Mail)</i>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krankenkasse:	
Welchen Beruf üben Sie aus:	

Größe:	Gewicht:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Wenn ja, welche und wofür? _____	
Liegen bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten oder Allergien vor? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Wenn ja, welche? _____	
Rauchen Sie? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wie viele Zigaretten täglich: _____	
Wann war Ihre letzte Periodenblutung? _____	
Tritt Ihre Periodenblutung in regelmäßigen Abständen auf? <input type="radio"/> ja, alle _____ Tage, über wie viele Tage? _____ <input type="radio"/> nein, unregelmäßige Blutungsabstände zwischen _____ und _____ Tagen	
Ist Ihre Periodenblutung stark? schmerzhaft?	nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/>
Wenn ja, nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
In welchem Alter begann Ihre Menopause?	
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann? _____
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann? _____

Waren Sie schon einmal schwanger? Wenn ja, Geburten (Jahr, Geburtsart)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Fehlgeburten (Jahr)	Schwangerschaftsabbrüche? (Jahr)

Gibt es <input type="radio"/> <b>Brustkrebs</b> bei einer <u>nahen</u> Verwandten (Mutter, Tochter, Schwester, Großmutter mütterlicherseits) oder <u>zwei</u> entfernten weiblichen Verwandten (Tante, Urgroßmutter, etc.) oder einem männlichen Verwandten.
---

- Eierstockkrebs** bei Mutter, Tochter, Großmutter oder Tante?  
Wie alt war die Betroffene bei Ausbruch der Krankheit? \_\_\_\_\_

**Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankung:**

- Krebs (Unterleib, Darm)       Fettstoffwechselstörung       Thrombose/Embolie  
 Zuckerkrankheit       Herz-, Kreislauferkrankungen?

**Hatten oder haben Sie folgende Unterleibserkrankungen (Endometriose, Eierstockzysten, Eileiterentzündungen, Eileiterschwangerschaften)?**  nein       ja, wann? \_\_\_\_\_

**Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, wann?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Thrombose/Embolie, _____      | <input type="radio"/> Krampfadern, _____                 |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung, _____ | <input type="radio"/> Herzkreislauf-Gefäßkrankung, _____ |
| <input type="radio"/> Zuckererkrankung, _____       | <input type="radio"/> Epilepsie, _____                   |
| <input type="radio"/> Migräne, _____                | <input type="radio"/> Lebererkrankung, _____             |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung, _____       | <input type="radio"/> Krebs, _____                       |
| <input type="radio"/> Seelische Störungen, _____    | <input type="radio"/> Andere Erkrankungen, _____         |

**Wurden bei Ihnen Bauch- und/oder Unterleibsoperationen (z.B Bauchspiegelung, Blinddarm) durchgeführt?**

- nein       ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**Wurde bei Ihnen eine andere Operation durchgeführt?**

- nein       ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Blutgruppenausweis?**

- nein       ja, welche Blutgruppe? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Schutz gegen:**

- Röteln**       nein    ja:  durchgemachte Erkrankung     Impfung  
**Windpocken**       nein    ja:  durchgemachte Erkrankung     Impfung  
**Gebärmutterhalskrebs (HPV)** geimpft:       nein       ja       unvollständig

**Haben Sie einen Impfpass?**     nein       ja

**Sind Sie verheiratet oder leben Sie in einer Partnerschaft?**       nein       ja

**Welche Verhütungsmethode wenden Sie zurzeit an?** \_\_\_\_\_

**Seit wann?** \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin Ihre Versichertenkarte und wenn vorhanden Ihren Impfpass mit.**

Datum:

Unterschrift: