



Patientenauskunft

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten können, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person auch Informationen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand.

Bitte beantworten Sie alle Fragen gewissenhaft.

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Wer ist Ihr/e Hausärztin/arzt?:

- Beruf:
- Größe/ Gewicht:
- Familienstand:
Single: ☐ In Partnerschaft lebend: ☐ verheiratet: ☐ Ogeschieden: ☐ verwitwet: ☐
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und wieviel (Medikamentenplan vorhanden?)

Haben oder hatten Sie: (bitte ankreuzen)

Herzerkrankungen:	Ja	☐	Nein	☐
Bluthochdruck:	Ja	☐	Nein	☐
Diabetes mellitus (Zucker):	Ja	☐	Nein	☐
Schilddrüsenerkrankung:	Ja	☐	Nein	☐
Krebserkrankungen:	Ja	☐	Nein	☐
Asthma:	Ja	☐	Nein	☐
Kreislaufbeschwerden:	Ja	☐	Nein	☐
Nierenerkrankung:	Ja	☐	Nein	☐
Lebererkrankung:	Ja	☐	Nein	☐
Blutungsneigung:	Ja	☐	Nein	☐
Blutgerinnungsstörung:	Ja	☐	Nein	☐
Schlaganfall:	Ja	☐	Nein	☐
Thrombose:	Ja	☐	Nein	☐
Lungenembolie:	Ja	☐	Nein	☐
Erhöhte Blutfettwerte:	Ja	☐	Nein	☐
Herzinfarkt:	Ja	☐	Nein	☐

Dr. med. Ulrike Hänniger

Fachärztin für Gynäkologie
und Geburtshilfe



- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?
- Erste Regelblutung (Welches Alter)?
- Letzte Regelblutung oder Menopause=letzte Blutung jemals?
- Aktuelle Verhütungsmethode?
- HPV (= Gebärmutterhalskrebsimpfung)? Ja ☐ Nein ☐
- Haben oder hatten ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Kinder, Tante, Onkel) eine der folgenden Erkrankungen/Beschwerden? **Wenn ja, wer und in welchem Alter?**
 - Thrombose/ Lungenembolie:
 - Herzinfarkt:
 - Schlaganfall:
 - Angina pectoris/ Stent/Bypass:
 - Hohe Blutfettwerte:
 - Krebs:
 - Brustkrebs:
 - Unterleibskrebs:
- Haben Sie Kinder geboren? Ja ☐ Nein ☐ Kaiserschnitt ☐ vaginal ☐
Wann, Geschlecht?
- Hatten Sie eine Fehlgeburt? Ja ☐ Nein ☐
- Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch? Ja ☐ Nein ☐
- Sind Sie schwanger? Ja ☐ Nein ☐
- Bisherige Operationen (Wann/Was):
Mandeln entfernt: Ja ☐ Nein ☐ Blinddarm entfernt: Ja ☐ Nein ☐
Schilddrüse entfernt: Ja ☐ Nein ☐ Gallenblase entfernt: Ja ☐ Nein ☐
Weitere gynäkologische Operationen? Wann/Welche?
- Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten? Nein ☐ Wenn ja, wogegen? ☐

E-Mail-Adresse:

Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team der Frauenarztpraxis Dr. med. U. Hänniger