



Gesundheitsfragebogen

Patientendaten:

Name: _____

Telefon: _____

Hausarzt: _____

Brief an den Hausarzt gewünscht: Ja Nein

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Liebe Patientin,
alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte gerne im persönlichen Gespräch nach.

Allgemeine Fragen

1. Aktueller Vorstellungsgrund:

- Vorsorge
 Beschwerden: _____

2. Letzte gynäkologische Untersuchung:

3. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Thrombose Diabetes Depression
 Gerinnungsstörung Osteoporose Morbus Crohn
 Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall
 Infektionen (Hepatitis C, HIV usw.)
 sonstige: _____

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
wenn ja, welche? _____

5. Sind Allergien bekannt? Ja Nein
wenn ja, welche? _____

6. Hatten Sie bereits Operationen Ja Nein
wenn ja, welche? _____

7. Sind Sie gegen die folgenden Erkrankungen geimpft?

	Ja	Nein
HPV (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps/Masern/Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie/Tetanus/Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wann wurde die letzte Mammographie durchgeführt?

9. Wann wurde die letzte Darmspiegelung durchgeführt?

10. Gibt es familiäre Krebserkrankungen? Ja Nein
wenn ja, welche? _____

11. Sonstige familiäre/vererbte Erkrankungen?

12. Mit welcher Methode verhüten Sie?



Gesundheitsfragebogen

Allgemeine Fragen

13. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

14. Rauchen Sie? Ja Nein
wenn ja, wieviel? _____

Fragen zur Schwangerschaft

16. Sind sie schwanger? Ja Nein Unsicher
wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____

15. Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

17. Besteht ein Kinderwunsch? Ja Nein
wenn ja, seit wann? _____

Fragen zur Menstruation

18. Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften: _____

24. Ist Ihr Zyklus regelmäßig? Ja Nein

19. Vorangegangene Geburten:

Geburtsjahr:	Schwanger- schaftswoche:	Gewicht:	Normal:	Sectio:
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Beginn der letzten Periode: _____

26. Dauer vom 1. Tag der Periode bis
zum nächsten 1. Tag: _____

27. Anzahl Blutungstage: _____

28. Besondere Blutung: lang stark schmerzhaft

20. Komplikationen bei vorangegangenen Schwangerschaften:

29. Ich bevollmächtige folgende Person:

21. Kindliche Erkrankungen:

22. Anzahl der Fehlgeburten: _____

23. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche: _____

Auskünfte über meine Behandlung zu erhalten
(Schweigepflichtsentbindung)

zur Abholung von:

Rezepten Befunden jeglicher Art

Überweisungen Heil- und Hilfsmittel

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Nach Übergang der vormals von Frau Dr. Veronika Zellner geführten Praxis auf die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. Elisabeth Radlmeier, Julia Schweigert GbR bin ich ausdrücklich mit einer Einsicht in meine in der Praxis vorhandenen Krankenunterlagen durch diese sowie einer Nutzung für meine weitere Behandlung einverstanden.

Datum, Unterschrift Patientin

Datum, Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

Datum, Unterschrift Patientin

Datum, Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

