

# PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte gut leserlich in Blockschrift ausfüllen



Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg Hausarzt : \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_

An welchem Tag begann Ihre letzte Regelblutung?    .    .

Mein Zyklus ist regelmäßig

Haben Sie Kinder geboren?

Haben Sie Kinderwunsch?

Gynäkologische Operationen? (Jahr und welche, zB. Gebärmutter, Eierstock, Blase, Brust)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen (zB. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Zucker, Thrombose, Schlaganfall?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_