

Fragebogen | Hormone

Datum _____ Geburtsdatum _____

Name/Vorname _____

Name und Anschrift des behandelnden Gynäkologen

Unter welcher Telefonnummer sind Sie zu erreichen? tagsüber _____

Handy _____

Soll ein Arztbrief geschrieben werden? Nein Ja, an: Hausarzt
 Überweiser
 Anderen Arzt

Name _____

Anschrift _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Internet
 Empfehlung anderer Ärzte
 Private Empfehlung

Ich bin einverstanden, dass bei Bedarf meine alten Befunde von anderen Ärzten angefordert werden. Nein Ja

Vorerkrankungen/Operationen _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Sind Ihnen Allergien bekannt? Nein Ja

Falls ja, welche _____

Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag? _____

In welchem Alter war Ihre erste Monatsblutung? _____

Ist der Zyklus regelmäßig? Nein Ja, Dauer _____

An welchem Zyklustag sind Sie heute (gezählt ab dem 1. Tag der letzten Blutung)? _____

Besteht der Zyklus noch? Nein, nicht mehr seit _____ Jahren Ja

Anzahl und Jahr der Schwangerschaften _____

Hatten Sie Fehlgeburten? Nein Ja, wie viele _____

Nehmen Sie Hormone ein (Pille)? Nein Ja, welche _____

Hormone in den Wechseljahren Nein Ja, welche _____

Ist in der Familie Diabetes bekannt? Nein Ja

Unterschrift der Patientin