



PRAXIS
AM
STORCHENNEST

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen.

Wenn Sie bei einer Frage nicht wissen, was Sie antworten sollen, lassen Sie sie offen.

Vielen Dank!

Nachname _____ Vorname _____

Geboren am _____ Email _____

Mobilnummer _____ Hausarzt/Ort _____

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg _____

Beruf _____ **Hausarztmodell / Telemed** Nein Ja

Haben Sie **Allergien**? Nein Ja, gegen _____

Nehmen Sie **Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel** ein? Nein Ja

Wenn ja, welche (Bitte Name und Dosierung angeben)?

Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zigaretten / Tag

Trinken Sie **Alkohol**? Nein Ja, _____ Mal / Monat

Konsumieren Sie **Drogen**? Nein Ja

Wie alt waren Sie ungefähr, als Sie **zum ersten Mal** die Periode bekommen haben? _____

Wann war die letzte Periode? _____ Ist die Periode regelmäßig? Nein Ja

Wie lange bluten Sie während der Mens? ____ Tage Ist Ihre Mens **sehr** schmerzhaft? Nein Ja

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie gegen die Schmerzen und wie viel pro Tag?

Ist Ihre Blutung **sehr stark**? Nein Ja Wenn ja: benötigte Binden/Tampons/Tag _____ Stück

Haben Sie **Zwischenblutungen**? Nein Ja

Wenn Sie in der **Menopause** sind: Wie alt waren Sie bei der letzten Blutung? _____

Haben Sie **Wechseljahresbeschwerden**? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie **Hormone** ein? Nein Ja

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Waren Sie schon einmal **schwanger**? Nein Ja Wenn ja, wie oft? _____

Wie viele **Kinder haben Sie geboren** und wann? _____

Wann war die letzte Jahreskontrolle / **Krebsvorsorge beim Frauenarzt**? _____

Verhüten Sie? Nein Ja Wenn ja, wie und seit wann? _____

Sind Sie geimpft gegen **Gebärmutterhalskrebs**? Nein Ja

Bei Frauen **im gebärfähigen Alter**: Sind Sie 2 x gegen **Masern, Mumps, Röteln** geimpft?

Nein Ja Weiß ich nicht

Waren Sie schon einmal **Covid-19-positiv**? Nein Ja Wenn ja, wie oft? _____

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? Nein Ja Wenn ja, wie oft? _____

Erkrankungen in der Familie (bitte ankreuzen, wenn bekannt, mit Altersangabe und ob mutter- oder vaterseits)

	Vater	Mutter	Geschwister	Grosseltern	Tante / Onkel
Brustkrebs					
Gebärmutterhalskrebs (Zervix-Karzinom)					
Gebärmutterkrebs (Corpus-Karzinom)					
Eierstockkrebs					
Darmkrebs					
Sonstiger Krebs					
Diabetes					
Herzinfarkt					
Schlaganfall					
Thrombose					
Lungenembolie					
Gerinnungsstörung					
Angeborene Erkrankungen (Trisomien, Herzfehler, etc.)					

Haben oder hatten Sie jemals eine **Krebserkrankung**? Nein Ja

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Sexualleben? Ja

Nein, weil _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Darmspiegelung** durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja, wo und wann? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Mammographie** durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja, wo und wann? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Endometriose
<input type="checkbox"/> Venenthrombose	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Migräne ohne Aura
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Lebertumor	<input type="checkbox"/> Migräne mit Aura
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Leberfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Angsterkrankung	<input type="checkbox"/> Long-Covid

Leiden Sie unter **Stuhl- oder Harninkontinenz**? Nein Ja

Sind Sie schon einmal **operiert worden**? Nein Ja

Welche Operationen und wann?

Sonstige Bemerkungen

Bitte bringen Sie – **soweit vorhanden** - Impfpass, Allergiepass, Blutgruppenausweis, Medikamentenliste inkl. Nahrungsergänzungsmittel, wichtige Arztberichte, Operations-Berichte und Ihre **Krankenkassen-Karte** mit!