



## Fragebogen

Sehr geehrte Patientin,

um einen reibungslosen Ablauf Ihrer Untersuchung zu erleichtern, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

### I. Personalien

Name, Vorname,	
Geburtsdatum	
Beruf	
Telefon privat	
Familienstand	

### II. Allgemeine Angaben

Letzte Regel	Datum:	Blutungsdauer:
--------------	--------	----------------

zutreffendes bitte ankreuzen	ja	nein
Zyklus regelmäßig		
Nikotin (wenn ja, wie viel?)		
Alkohol (wenn ja, wie viel?)		
Größe		
Gewicht		

### III. Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften und Geburten:

Jahr	SSW	Gewicht	Geburtsmodus (spontan, Kaiserschnitt, Vakuum, Zange, BEL)	Kind gesund oder erkrankt (Wenn erkrankt, woran?)



### III. Angeben vorangegangener Schwangerschaften und Geburten

Diagnose	Ja	Nein	Jahr	SSW	Fehlbildungen vorhanden?
Fehlgeburt ?					
Totgeburt ?					
Interruptio/ Abbrüche ?					
Eileiterschwangerschaften ?					

### IV. Medizinische Angaben

Diagnostik / Therapie (zutreffendes bitte ankreuzen)	Ja	Nein	Welche/ Wann?
Medikamenteneinnahme			
Herzfehler			
Organische Erkrankungen (z.B. Niere, Rheuma, neurologisch)			
Thrombosen o.a. Herzkrankheiten (auch familiär)			
Diabetes mellitus o.a. Stoffwechselerkrankungen			
Allgemeine Operationen			
Gynäkologische Operationen			
Brustoperationen			
Mammographie			
Gynäkologische Erkrankungen			
Allergien			
Chronische Erkrankungen			