

Mein Gyn-Status Erhebungsbogen für die gynäkologische Untersuchung

Sehr geehrte Patientin!

Verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die gynäkologische Untersuchung/Behandlung nehmen.

Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren gynäkologischen Gesundheitszustand.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:

Versicherungsnummer & Geburtsdatum: _____ / ____ / _____

Krankenkasse:

Versicherte: wie oben anderer: _____

Zusatzversicherung: ja nein

Telefon:

Wenn ja, wo?

E-Mail:

Anschrift:

Beruf: Angestellte Arbeiterin Haushalt Pensionistin Selbstständige Sonstiges

Praktischer Arzt:

Ihre **erste Regelblutung** war im Alter von:

Datum der **letzten Regelblutung**:

Blutgruppe:

Rhesusfaktor:

Wann war Ihre letzte **Mammographie**? _____ Jahr

Hatten Sie bereits einmal **Röteln**? Ja Nein

Wann war Ihre letzte **Knochendichtemessung**? _____ Jahr

Wenn nein, sind Sie **gegen Röteln geimpft**? Ja Nein

Wann war Ihr letzter **Krebsabstrich**? _____ Jahr

Haben Sie einen **Kinderwunsch**? Ja Nein

Wenden Sie derzeit eine **Verhütungsmethode** an? Ja Nein

Pille Welche? _____

Spirale

Hormonimplantat

Hormonpflaster

Hormonspirale

3Monatsspritze

Diaphragma

Andere Welche? _____

Sind Sie mit Ihrer **Verhütungsmethode** zufrieden? Ja Nein

Wann waren Sie das letzte Mal beim **Frauenarzt**? _____ Jahr

HPV IMPFUNG: JA NEIN

Größe:

Gewicht:

Haben Sie bereits Kinder? Ja Nein

Wenn ja, wie viele?

Geburtsjahr der Kinder: 1. Kind: Jahr

Geschlecht: w m Gewicht:

2. Kind: Jahr

Geschlecht: w m Gewicht:

3. Kind: Jahr

Geschlecht: w m Gewicht:

Gab es bei der Geburt Komplikationen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gab es eine Fehlgeburt? Ja Nein

Hatten Sie eine Mehrlingsgeburt? Ja Nein

Wenn ja, wie viele?

Gab es in Ihrer Familie Krebserkrankungen? Ja Nein

Brustkrebs

Gebärmutterhalskrebs

Eierstockkrebs

Sonstige Welche?

Bisherige Operationen:

Blinddarm: Jahr

Gynäkologische Unterleibsoperation: Jahr

Mandeln: Jahr

Brustoperation: Jahr

Orthopädische: Jahr

Haben Sie die Narkose vertragen? Ja Nein

Leiden Sie an chronischen Krankheiten?

Zuckerkrankheit

Hoher Blutdruck

Immunschwäche (HIV-positiv)

Blutgerinnungsstörung

Anfallsleiden (Epilepsie)

Durchblutungsstörung

Schilddrüsenerkrankung

Hepatitis (Gelbsucht)

Sonstige Erkrankungen:

Leiden Sie an Allergien? Ja Nein

Wenn ja, wogegen sind Sie allergisch:

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?

Ich erkläre hiermit, dass ich obige Angaben nach bestem Wissen gemacht habe.

Datum, Unterschrift