Fragebogen für neue Patientinnen

(Für die Vorstellung beim Gynäkologen ohne Dolmetscher – bitte mit Dolmetscher durchsehen und ausfüllen!)

Name: _____

Vorname: _____ geb.: _____

Adresse / Unterbringung (Ort): _____
 mit Familie
 ohne Familie

Telefon: _____
privat mobil dienstlich

E-Mail: _____

Herkunftsland: _____

Aufenthaltsstatus: Asylbewerber
 Asylberechtigt
 Flüchtling mit Abschiebeverbot
 Duldung

Seit wann in Deutschland: _____

Dolmetscher oder Kontaktperson: _____

Hausarzt: _____

Ihre Krankengeschichte:

Haben Sie Allergien? _____

Haben oder hatten Sie? (bitte kreuzen Sie an):

Röteln (auch Impfung) Windpocken Gelbsucht / Hepatitis

Tuberkulose Lungenkrankheit Diabetes mellitus

Epilepsie hoher Blutdruck HIV

andere Infektionen Herzerkrankungen Thrombosen

Schilddrüsenerkrankungen, welche: _____

Krebserkrankungen, wenn ja welche? _____

Sonstige ernsthafte Erkrankungen: _____

Ist im frauenärztlichen Bereich operiert worden?:

nein ja

Wenn „ja“, was wurde operiert und wann? _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein ja

Wenn „ja“, welche? _____

Regel:

Bitte nennen Sie uns den ersten Tag Ihrer letzten Regelblutung: _____

Regelabstand in Tagen: _____

Blutungsdauer in Tagen: _____

Verhütung:

Pille Spirale Kondom Dreimonatsspritze Verhütungsring andere

Geburten mit Jahresangabe

1. _____ normal Zange Saugglocke Kaiserschnitt

2. _____ normal Zange Saugglocke Kaiserschnitt

3. _____ normal Zange Saugglocke Kaiserschnitt

4. _____ normal Zange Saugglocke Kaiserschnitt

5. _____ normal Zange Saugglocke Kaiserschnitt

Gab es Fehlgeburten: nein ja wie viele _____ wann? _____

Schwangerschaftsabbrüche: nein ja wie viele _____ wann? _____

Was sind Ihre konkreten Beschwerden? _____

Wann traten diese zum ersten mal auf? _____

Gab es einen Anlass zu Beginn oder etwas wodurch sie stärker bzw. schwächer werden?

nein ja

Wenn „ja“: _____

Sind die Beschwerden dauerhaft? nein ja
oder kommen und gehen sie? nein ja

Gab es bisher andere Untersuchungen oder Therapie-Versuche?

nein ja

Wenn „ja“: _____

Haben sie Fieber?

nein ja

Haben Sie weitere Fragen?

nein ja

Wenn „ja“: _____

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.