

Liebe Patientin,

wir möchten Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen lassen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die folgenden zwei Seiten über Ihren Gesundheitszustand und Ihre Vorerkrankungen/Operationen auszufüllen:

Ihr Name: _____ Ihr Vorname: _____ geb. am: _____

Wurde **bei Ihnen** eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

- | | |
|---|-----------|
| Bluthochdruck | ja / nein |
| Zuckerkrankheit (Diabetes)? | ja / nein |
| Gallenerkrankungen (z.B. Gallenkoliken, bekannte Gallensteine)? | ja / nein |
| Hoher Cholesterinspiegel / erhöhte Blutfettwerte? | ja / nein |
| Erkrankungen der Leber (z.B. Hepatitis)? | ja / nein |
| Erkranken des Magens (z.B. Geschwüre, Magenschleimhautentzündung)? | ja / nein |
| Gelegentliches/häufiges Sodbrennen? | ja / nein |
| Erkrankung des Dünn- und / oder Dickdarms? | ja / nein |
| Erkrankungen der Schilddrüse (Über-/Unterfunktion, Knoten, Vergrößerung)? | ja / nein |
| Häufige Brustschmerzen (besonders linksseitig)? | ja / nein |
| Luftnot (Asthma)? | ja / nein |
| Herzkrankungen (z.B. Herzrhythmusstörung, Herzinfarkt)? | ja / nein |
| Kreislaufprobleme (z.B. Ohnmachtsanfälle)? | ja / nein |
| Haben Sie Krampfadern? Wenn ja, wo: | ja / nein |
| Hatten Sie schon einmal Thrombose? Wenn ja, in welcher Körperregion? | ja / nein |
| Hatten Sie schon einmal eine Lungenembolie? | ja / nein |
| Haben Sie ein Hirnorganisches Krampfleiden (z.B. Epilepsie)? | ja / nein |
| Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche: | ja / nein |
| Haben Sie andere Erkrankungen? | |

Wurde **bei Ihrer Familie** eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Krebserkrankungen ja / nein
Wenn ja, welche und bei wem?:

Zuckerkrankheiten (Diabetes) ja / nein
Wenn ja, wer ist betroffen:

Bluthochdruck? ja / nein
Wenn ja, wer ist betroffen:

Genetische Fehlbildung / Behinderungen ja / nein
Wenn ja, wer ist betroffen:

Weitere allgemeine Daten zu **Ihrer Person**:

Sind Sie schon einmal operiert worden?
(z.B. Leistenbruch, Nabelbruch, Ausschabungen, Blinddarm, Konisation)? ja / nein
Wenn ja, welche und wann:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Verhütungsmittel? ja / nein
Wenn ja, welche:

Haben Sie eine Spirale oder hatten Sie eine Sterilisation? ja / nein

Hatten Sie Fehlgeburten und/oder Schwangerschaftsabbrüche? ja / nein
Wenn ja, wann:

Haben Sie Kinder geboren? ja / nein
Wenn ja, wann und wie (Spontan/Saugglocke/Zange):

Rauchen Sie? ja / nein
Wenn ja, wie viel:

Hatten Sie eine HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebs-Impfung)? ja / nein

Hatten Sie einen HPV-Test? ja / nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Mammographie und/oder Darmspiegelung durchgeführt? ja / nein
Wenn ja, wann:

Weitere Daten zu **Ihrem jetzigen Gesundheitszustand**:

Wann war die letzte Regel (der erste Tag)?

Sind Sie schwanger?

Haben Sie Beschwerden (Brust und/oder Intimbereich)?

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?

Einverständnis Recall/Doctolib

Gern würden wir Sie an Ihren Vorsorgetermin und vereinbarten Termin über Doctolib erinnern.
Sind Sie damit einverstanden? ja / nein