

Liebe Patientin,

Wie schön, dass Sie heute bei uns sind!

Wir haben aufregende Neuigkeiten zu teilen! In unserer Praxis führen wir derzeit eine spannende Softwareumstellung durch. Ab sofort arbeiten wir mit Latido, einer innovativen Ärztesoftware.

Im Zuge dieser Prozessoptimierung und Modernisierung unserer internen Abläufe möchten wir Sie bitten, **auch als langjährige Patientinnen, den neuen Anamnesebogen und Ihre Stammdaten auszufüllen**. Dadurch erhalten wir einen noch umfassenderen, strukturierten Überblick über Ihre medizinische Vorgeschichte und Ihre persönlichen Daten werden automatisch aktualisiert.

Patientinnenfragebogen:

1. Ist dies Ihr erster Termin bei uns?

Ja

Nein

2. Was machen Sie beruflich?

3. Sind Sie zusatzversichert? Wenn ja, welche Zusatzversicherung?

4. Wie groß und wie schwer sind Sie?

5. Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?

6. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

7. Wurden Sie bereits operiert? Falls ja, welche Operationen und wann wurden diese durchgeführt?

8. Hatten Sie bereits gynäkologische Operationen (Konisation, Ausschabung, Kaiserschnitt)?

9. Wenn ja, welche OP? Wann?

10. Haben Sie bereits Kinder?

Ja

Nein

11. Wenn ja, wie viele? Wann wurden sie geboren und wurden diese per Kaiserschnitt oder per natürlicher Geburt zur Welt gebracht?

12. Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt, eine Eileiterschwangerschaft oder einen Schwangerschaftsabbruch?

Ja

Nein

13. Wenn ja, wann?

14. Falls relevant: Wie verhüten Sie aktuell?

15. Möchten Sie bezüglich anderer Verhütungsoptionen beraten werden?

Ja

Nein

16. Wann war Ihre erste Regelblutung?

17. Wie lange dauert(e) Ihr Zyklus durchschnittlich vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der nächsten Regelblutung? Ist/war Ihr Zyklus regelmäßig?

18. Haben Sie Beschwerden während Ihrer Regelblutung?

19. Wie stark ist Ihre Regelblutung? (Skala 1-10, 1 = sehr schwach; 10 = sehr stark)

20. Haben Sie Probleme mit ungewolltem Harn- oder Stuhlabgang?

Ja

Nein

21. Sind Sie gegen HPV geimpft?

Ja

Nein

22. Haben Sie Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Z.n. Herzinfarkt o. Schlaganfall)? Wenn ja, welche?

23. Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Brustkrebs, Eierstockkrebs oder Darmkrebs? Wenn ja, wer und in welchem Alter?

24. Gibt es in Ihrer Familie gehäuft irgendwelche anderen Erkrankungen? (Diabetes, Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt)? Wenn ja, welche?

25. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

26. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Ja

Nein

27. Wenn ja, welche?

28. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag und seit wann?

29. Haben Sie derzeit Beschwerden im Sexualleben?

30. Haben Sie derzeit sonstige Beschwerden?

Anmerkungen/Notizen:

Vielen Dank fürs Ausfüllen!