

bitte beantworten Sie zur Vorbereitung unseres Gespräches
die folgenden Fragen **vollständig und wahrheitsgemäß**.

Telefon privat: _____	e- Mail: _____
------------------------------	-----------------------

Hausarzt: _____

FA f. Gynäkologie: _____

Andere FÄ: _____

Beruf/Tätigkeit (bei Rentnern ehemaliger Beruf): _____

Im Betrieb: _____

Rentner seit: _____ Raucher: _____ Anzahl: _____ Exraucher seit: _____ Jahren

Letzter Frauenarztbesuch: _____ Pilleneinnahme: _____ Geburten: _____ letzte Periode im Alter : _____

Urologische Vorbehandlung ambulant/ stationär: _____

bek. Allergien – z.B. Pflanzen, Medikamente, Kontrastmittel?

Ja: _____

Krebserkrankungen Mutter/Vater/Geschwister: _____

Rezeptvollmacht erteilt für: _____

Bestrahlung (was und wann): _____

Chemotherapie (wofür und wann): _____

Darmspiegelung (wo und wann): _____

Hautkrebsvorsorge (wo und wann) _____

Bauchaortenvorsorge mit Ultraschall (wann) _____

**offizielle Medikamentenliste zur Abgabe in der Praxis oder
handschriftliche Medikamentenliste (Medikamente / Wirkstärke/ Dosierung)**

Bitte wenden!

Liegen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen vor?

- | Diabetes seit: _____
- | Bluthochdruck seit: _____
- | Herzerkrankung Angina pectoris seit: _____
 - Herzinfarkt seit: _____
 - Bypass-OP / Stent-OP seit: _____
 - Schrittmacher seit: _____
 - Rhythmusstörungen seit: _____
- | Schlaganfall Jahr: _____ Restschäden: _____
- | Gefäßerkrankungen/Gefäßprothesen seit: _____
- | Schilddrüsenfunktionsstörung seit: _____
- | Blutungsneigung beim Zähneziehen, häufige blaue Flecke, häufiges Nasenbluten seit: _____
- | Lungenerkrankung seit: _____
- | Grüner Star/ Glaukom seit: _____
- | Sonstige Erkrankungen (z.B.: stattgehabte Thrombose, Lungenembolie):

Wichtige Operationen in chronologischer Reihenfolge:

Welche OP?	Welche Klinik?	Wann?

Bitte teilen Sie uns **Veränderungen bezüglich der hier gemachten Angaben** freundlicherweise mit.

Unterschrift:

Datum: