

Frauenärztinnen Altötting

Dr. med. A. Fredl-Platzer – Dr. med. D. Schröder-Hester-Dr. med.P.Bergler

Bahnhofstr. 34, 84503 Altötting, Tel 08671/4776

Pränat. Diagnostik – Onkologie – Hormonsprechstunde - Psychosomatik – Naturheilkunde

Liebe Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können. Außerdem heben wir so ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung auf.

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Name: _____ Vorname: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg Geb.-Dat.: _____

Zur Zeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

Telefonisch erreichbar(Tel./Fax): privat: _____ dienstlich: _____

Hausarzt, (Name, Ort): _____

Brief an Hausarzt einverstanden: Ja Nein (bitte ankreuzen)

Regelblutung: erste Regel mit _____ Jahren letzte Regel (1.Tag) _____
 keine Regel mehr seit _____

Gebärmutterhalskrebs-Impfung (HPV) erfolgt: Ja Nein unvollständig

Eigene Erkrankungen	Hoher Blutdruck	Herzinfarkt	Lungenembolie, Thrombose, Schlaganfall	Krebs (welcher?)	Zucker (Diabetes, welcher?)
Wann?					
Sonstige (welche?)					

Familie	Mutter	Vater	Großmutter	Großvater	Schwester	Bruder
Krebs (welcher?)						
Diabetes (Zucker)						
Herzinfarkt						
Lungenembolie, Thrombose						
Schlaganfall						
Sonstige (Welche?)						

Operationen:

Datum	Art des Eingriffs

Geburten:

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften:

Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter-SS (ankreuzen)

Wie verhüten Sie? (bei Pille, welche?) seit wann?	
---	--

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Dosis	seit

Allergische Reaktion auf folgende Stoffe:

--

Konsum von:

ankreuzen	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			

Derzeitige Beschwerden oder andere Gründe Ihres Besuches (z.B. Krebsvorsorge)

--

Datum: _____ Unterschrift: _____

© Vielen Dank für Ihre Mithilfe.
Ihr Praxisteam

Dr. med. Alexandra Fredl-Platzer