

## Befragungsbogen für Patientinnen

**Nachname:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Geburtsort:**

**Telefon-Nr.:**

**E- Mail- Adresse:**

**Hausarzt:**

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- durch Familie/ Freunde
- durch Kollegen am Arbeitsplatz
- durch Empfehlung eines Arztes
- durch Empfehlung einer Hebamme
- durch Telefonbuch/ Internet
- durch Patientin der Praxis
- durch Praxisschilder
- ich wohne in der Nähe

**Sehr geehrte Patientin,**

**Sie helfen uns sehr, wenn Sie vor dem ärztlichen Gespräch individuelle Angaben machen und folgende Fragen beantworten:**

Wie groß sind Sie?                      cm

Was wiegen Sie?                        kg

Welche(n) Beruf/ Tätigkeit üben Sie aus? .....

Familienstand .....

Leiden Sie an einer Erkrankung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein

Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  Nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?  Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein

Treiben Sie Sport?  Nein

Wenn ja, was?

Sind Sie gegen Gebärmutterhalskrebs geimpft? .....

Wann hatten Sie als Mädchen Ihre erste Regelblutung? .....

Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung? .....

Wann waren Sie zur letzten Krebsvorsorgeuntersuchung? .....

Haben Sie schon einmal Ihre Brüste röntgen lassen (Mammographie)?  Nein  
Wenn ja, wann zuletzt?

Haben Sie schon einmal eine Darmspiegelung machen lassen?  Nein  
Wenn ja, wann zuletzt?

Nehmen Sie Hormonpräparate (Pille, Pflaster, Tabletten, Gel, Spirale) ein?  Nein  
Wenn ja, welche und seit wann?

Haben Sie Kinder geboren?  Nein  
Wenn ja, wie viele und wann?

Wurde bei Ihnen ein Kaiserschnitt durchgeführt?  Nein  
Wenn ja, wann?

Haben Sie gestillt?  Nein  
Wenn ja, wie lange?

Hatten Sie eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?  Nein  
Wenn ja, wann?

Hatten Sie schon gynäkologische Operationen?  Nein  
Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie andere Operationen?  Nein  
Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie schon Erkrankungen der Brust (Entzündungen/ Operationen)?  Nein  
Wenn ja, wann?

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?  Ja  Nein

Verlieren Sie ungewollt Urin (z.B. beim Niesen, Husten)?  Ja  Nein

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang/ mit der Verdauung?  Ja  Nein

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen?  Nein  
Wenn ja welche?

Gibt es andere familiäre Erkrankungen?  Nein  
Wenn ja, welche?