



Liebe Patientin,

um Ihnen die bestmögliche Betreuung zukommen lassen zu können, benötigen wir von Ihnen neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine, Ihren individuellen Bedürfnissen angepasste Behandlung, und um gesundheitliche Risiken für Sie zu vermeiden. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

PLZ / Wohnort: _____ Straße / Haus-Nr.: _____

Telefon: _____ * Telefon mobil: _____

* Email: _____

* Beruf: _____ Krankenversicherung: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Internet Zeitung

Haben Sie aktuell Beschwerden, wenn ja, welche? Bitte nennen Sie uns den Grund für Ihren Praxisbesuch:

Größe: _____ Gewicht: _____ Zyklus: regelmäßig unregelmäßig 1. Periode: _____

Wann war Ihre letzte Periode?: _____ wie stark, wie lange (mit Schmerzen?): _____

Menopause: _____ Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorge?: _____

Verhüten Sie? Wenn ja, mit welcher Methode?: _____

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?: _____

Letzte Mammografie: _____ Letzte Darmspiegelung: _____

Schwangerschaften: Ja Nein Wenn ja, in welchem Jahr?: _____

Schwangerschaftsabbrüche: Ja Nein Wenn ja, in welchem Jahr?: _____

Geburten: Ja Nein Wenn ja, in welchem Jahr? / und wie?: _____



Dr. med. univ. Barbara Herzog
Fachärztin für Gynäkologie

Maximilianstraße 7
86150 Augsburg

Telefon: 0821 - 51 94 91
Telefax: 0821 - 50 89 323
mail@herzog-gynaekologie.de



www.herzog-gynaekologie.de

Bestehen Vorerkrankungen?: Ja Nein Wenn ja, welche?:

Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie, z.B. Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen?: Ja Nein

Wenn ja, welche Erkrankungen?:

Hatten Sie Operationen?: Ja Nein Wenn ja, welche?:

Haben Sie Allergien?: Ja Nein Wenn ja, welche?:

Haben Sie Migräne?: Ja Nein Rauchen Sie?: Ja Nein

Gibt es Probleme beim Harnlassen oder Harnhalten?: Ja Nein

Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang?: Ja Nein

Hatten Sie schon eine Knochendichtemessung?: Ja Nein

Sind Sie HPV geimpft?: Ja Nein

Hier ist Platz für weitere Angaben:

Ich bedanke mich für die Beantwortung der Fragen. Die Inhalte ersetzen natürlich nicht das ärztliche Gespräch.
Ich bitte Sie auch ausdrücklich darum, wichtige Angaben während des Behandlungsgespräches im Zusammenhang nochmals zu erwähnen.

Bitte bringen Sie möglichst Ihren Impfausweis zum 1. Termin mit.

Ihre Dr. med. univ. Barbara Herzog