

Zeit für gute Vorsorge ...



Dr. med. Bodo Grahlke, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH • Ernährungsmedizin (D)  
Kilchbergstrasse 19 • 8134 Adliswil • Tel. 043 377 09 77 • Fax 043 377 09 79 • [info@gynadliswil.ch](mailto:info@gynadliswil.ch)  
Im Notfall, ausserhalb der Praxisöffnungszeiten: Ärztelefon: 0800 33 66 55

Liebe Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten.

Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese(Vorgeschichte) zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Wenn Sie Probleme mit einzelnen Fragen haben, so überspringen Sie diese.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

**Zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Familienstand/Tätigkeit des Partners:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Regelblutung:** \_\_\_\_\_ erste Regel mit \_\_\_\_\_ Jahren  
Zyklusdauer (z.B. 28 Tage) \_\_\_\_\_ Dauer/Stärke  
Datum Beginn oder Jahr letzte Regel \_\_\_\_\_

**Hormontherapie/Verhütungsmethoden, welche bisher angewendet wurden:**

Hormone, Pille, Spirale, Kondome, usw.	Hormon-, Pillen-, Spiralenname	von	bis

**Impfungen:**

Gebärmutterhalskrebs(HPV): Ja  Nein  weiss nicht  Ausweis zuhause  kein Ausweis

2x Röteln: Ja  Nein  weiss nicht  Ausweis zuhause  kein Ausweis

2x Windpocken(wilde Blattern): Ja  Nein  weiss nicht  Ausweis zuhause  kein Ausweis

Keuchhusten, Jahr \_\_\_\_\_: Ja  Nein  weiss nicht  Ausweis zuhause  kein Ausweis

Hepatitis: Ja  Nein  weiss nicht  Ausweis zuhause  kein Ausweis

bitte ankreuzen	nie	früher	gelegentlich	häufig
Blasenentzündungen				
Unterleibsentzündungen				

**eigene Erkrankungen:**

Erkrankung (z.B. Migräne, Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen)

**alle Operationen:**

Datum/Jahr	Art des Eingriffs

**Geburten:**

Datum/Jahr	Geburtsart (vaginale Geburt, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

Gesamtdauer der Stillzeit: \_\_\_\_\_

**Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche / Eileiterschwangerschaften:**

Bitte entsprechendes ankreuzen!

Datum/Jahr	Fehlgeburt	Schwangerschaftsabbruch	Eileiterschwangerschaft

**Medikamente, welche regelmässig eingenommen werden:**

Medikament	Dosis	seit

**Allergie (welche Reaktion):****Unverträglichkeiten (welche Reaktion):**


**Konsum von:**

ankreuzen	nie	früher	gelegentlich	regelmässig
Nikotin				
Alkohol				
Drogen				

**Ernährung**(bitte ankreuzen):normale Ernährung: Ja  andere Ernährungvegetarische/vegane Ernährung: Ja Einnahme von Milchprodukten: Ja  Nein **ernsthafte erbliche Erkrankungen in der Familie:**

Verwandtschaftsgrad (z.B. Mutter, Bruder)	Erkrankung (Krebsleiden, Bluthochdruck, Migräne, Zuckererkrankung, Thrombosen/Embolien/Schlaganfälle, angeborene Herzfehler(auch beim Partner), Osteoporose, angeborene Hüftleiden, Demenz)

**Sonstige Anmerkungen:** geben Sie auch gerne an, wenn eine sehr hohe Franchise ein Problem werden könnte Ja 

Datum:

Unterschrift (digital oder später in der Praxis)

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Dr. med. Bodo Grahlke