

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Wir haben einige Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, deren **genaue** Beantwortung uns hilft, Sie besser beraten und betreuen zu können:

Leiden Sie unter einer der angegebenen **Erkrankungen** und sind Sie deshalb in Behandlung?

- |  |  |  |                                  |
|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Thrombose       | <input type="checkbox"/> Embolie                     | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung           |                                  |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Brustkrebs      | <input type="checkbox"/> andere bösartige Erkrankung |                                  |

andere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Zahl der Geburten / Jahreszahl: \_\_\_\_\_

Erster Tag der letzten **Regelblutung**: \_\_\_\_\_

In den **Wechseljahren** seit: \_\_\_\_\_

**Hormontherapie** von/bis mit: \_\_\_\_\_

**Operationen/ Jahreszahl**: \_\_\_\_\_

**Allergien gegen**: \_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme**: \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie, wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Alkohol** zu sich?  ja  nein  gelegentlich

Gibt es in Ihrer Familie **Osteoporose**, wenn ja bei wem? \_\_\_\_\_

Wann wurde die letzte **Mammographie** durchgeführt? \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von **Brust- oder Eierstockkrebs**? Wenn ja, bei wem?  
In welchem Alter traten sie auf?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Andere **Besonderheiten**/ Grund Ihres Besuchs:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- |                                   |                                     |   |  |   |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Jameda<br>(Arztbewertungsportal) | <input type="checkbox"/> zentrale Lage | <input type="checkbox"/> sonstiges..... |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|---|