



Dr. Ralf Lorenz · Dr. Janine Kreiss-Sender · Iwona Hertman
Irmgard Akkayagil (angestellt)

Casparistraße 5/6 Fon: (05 31) 1 60 24
38100 Braunschweig Fax: (05 31) 1 60 25

Servicetelefon
für Rezepte & Überweisungen:
Fon: (05 31) 1 83 33

praxis@frauenaerzte-casparistr.de
www.frauenaerzte-casparistr.de

Vorname, Nachname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Emailadresse:

Eigenanamnese:

Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung?

Zyklus: regelmäßig? Ja () Nein () wieviel Tage: ____, wieviel Tage Blutung: ____

Letzte Regelblutung: _____

Verhütung (z.B. Pille): Ja () Nein () seit wann ____ bis ____, welches

Präparat?: _____

Hormone während der Wechseljahre:welche? _____ von ____ bis _____

Schwangerschaften: Jahr: _____ Geschlecht: _____

Fehlgeburten: Ja () Nein (), wann _____

Schwangerschaftsunterbrechungen: Ja () Nein () wann _____

Operationen: Ja () Nein ()

welche _____

Rauchen Sie? Ja () Nein () ____ Zig. Pro Tag, seit wann sind Sie Raucher/in? ____

Alkohol Ja () Nein () _____

Allergien: Ja () Nein () _____

Impfungen: Tetanus: Ja () Nein (), Lungenentzündung: Ja () Nein ()

Gürtelrose: Ja () Nein (), Covid: ja () Nein (), Grippe: Ja () Nein ()

Medikamente Ja () Nein ()(Blutverdünner?): _____

Größe: ____ Gewicht: ____

Nehmen Sie andere Präparate wie z.B. Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Mittel oder andere ein? Ja () Nein ()

Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft? Ja () Nein ()

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Besteht bei Ihnen eine Arbeitsunfähigkeit? Ja () Nein () seit wann ? _____

Hausarzt: _____

Gynäkologe/Frauenarzt: _____

Darf der Hausarzt/Gynäkologe Auskunft oder Befunde von uns erhalten?

Ja () Nein ()

Allgemeine Erkrankungen

Diabetes (Zuckererkrankung, Typ 1 oder 2) Ja () Nein () seit wann? _____
Schilddrüsenerkrankung (Über oder Unterfunktion, Hashimoto) Ja () Nein () seit wann? _____ Medikamente: _____
Herzkrankungen (welche): Ja () Nein () Medikamente: _____
Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen): Ja () Nein () Medikamente: _____ seit wann? _____
Magen/Darmerkrankungen: Ja () Nein () Medikamente: _____ seit wann? _____
Knochen-/Gelenkerkrankungen: Ja () Nein () Medikamente: _____ seit wann? _____
Osteoporose: Ja () Nein () seit wann? _____
Thrombosen/Embolien: Ja () Nein () seit wann? _____
Sonstige Erkrankungen: Ja () Nein () welche? _____
Hatten Sie schon mal eine Mammographie? Ja () Nein () wann? _____
Besteht eine Krebserkrankung? : _____
Wie wurde die Krebserkrankung festgestellt? (z.B. Screening, Beschwerden/welche?, Vorsorge oder Zufallsbefund): _____

Familienanamnese:

Brustkrebs/Mammakarzinom Ja () Nein () wer? (z.B. Mutter) _____
In welchem Alter ist die Person erkrankt? _____
Osteoporose: Ja () Nein () wer? _____
In welchem Alter ist die Person erkrankt? _____
Thrombosen/Embolien: Ja () Nein () _____
In welchem Alter ist die Person erkrankt? _____
Bestehen sonstige Erkrankungen? Ja () Nein () Welche? _____
In welchem Alter ist die Person erkrankt? _____

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin folgende Unterlagen mit:

- Versicherungskarte
- aktuellen Medikamentenplan
- Impfausweis
- Blutgruppen-/Notfallpass

Vielen Dank für Ihre Auskunft

Hiermit bestätigen Sie die Vollständigkeit der o.g. Aussagen.

Datum, Unterschrift Patient/in