

**Frauenärztliche/onkologische Gemeinschaftspraxis**  
**Fr. Dr. Kreiss-Sender, Frau Iwona Hertman, Frau Irmgard Akkayagil**  
**Casparistraße 5, 38100 Braunschweig**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_

**Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung?** \_\_\_\_\_

**Zyklus: regelmäßig?**  Ja /  Nein **O wieviel Tage:** \_\_\_\_, **wieviel Tage Blutung:** \_\_\_\_

**Letzte Regelblutung:** \_\_\_\_\_

**Verhütung (z.B. Pille):**  Ja /  Nein **O seit** \_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_, **welches Präparat?:** \_\_\_\_\_

**Hormone während der Wechseljahre:** welche? \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft?**  Ja /  Nein  O

**Schwangerschaften:** Jahr: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

**Fehlgeburten:**  Ja /  Nein **O, wann** \_\_\_\_\_

**Schwangerschaftsunterbrechungen:**  Ja /  Nein **O wann** \_\_\_\_\_

**Operationen:**  Ja /  Nein **O Was und wann?** \_\_\_\_\_

---

**Allgemeine Erkrankungen**

**Diabetes (Zuckererkrankung, Typ 1 oder 2)**  Ja /  Nein **O seit wann?** \_\_\_\_\_

**Schilddrüsenerkrankung (Über oder Unterfunktion, Hashimoto)**  Ja /  Nein **O seit wann?** \_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_ **seit wann?** \_\_\_\_\_

**Herzkrankungen (welche):**  Ja /  Nein **O Medikamente:** \_\_\_\_\_

**Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen):**  Ja  Nein **O Medikamente:** \_\_\_\_\_ **seit wann?** \_\_\_\_\_

**Magen/Darmerkrankungen:**  Ja /  Nein **O Medikamente:** \_\_\_\_\_ **seit wann?** \_\_\_\_\_

**Knochenerkrankungen:**  Ja /  Nein **O Medikamente:** \_\_\_\_\_ **seit wann?** \_\_\_\_\_

**Osteoporose:**  Ja /  Nein **O seit wann?** \_\_\_\_\_

**Thrombosen/Embolien:**  Ja /  Nein **O seit wann?** \_\_\_\_\_

**Sonstige Erkrankungen:**  Ja /  Nein **O welche?** \_\_\_\_\_

**Allergien:**  Ja /  Nein **O** \_\_\_\_\_

**Medikamente**  Ja /  Nein **O welche? (Blutverdünner?):** \_\_\_\_\_

---

**Impfungen:** Tetanus:  Ja /  Nein **O, Lungenentzündung:**  Ja /  Nein **O**

Gürtelrose:  Ja /  Nein **O, Covid:**  Ja /  Nein **O, Grippe:**  Ja /  Nein **O**

**Nehmen Sie andere Präparate wie z.B. Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Mittel oder andere ein?**  Ja /  Nein **O** \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon mal eine Mammographie?**  Ja /  Nein **O wann?** \_\_\_\_\_

**Besteht eine Krebserkrankung?:**  Ja /  Nein **O welche?** \_\_\_\_\_

**Wie wurde die Krebserkrankung festgestellt?** (z.B. Screening, Beschwerden, Vorsorgebefund, selbst getastet?): \_\_\_\_\_



**Rauchen Sie?**  Ja /  Nein  \_\_\_\_ Zig. Pro Tag, seit wann sind Sie Raucher/in? \_\_\_\_

**Alkohol**  Ja /  Nein  wie viel? \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen eine Arbeitsunfähigkeit?**  Ja /  Nein  seit wann? \_\_\_\_\_

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

**Gynäkologe/Frauenarzt:** \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

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

Ja /  Nein

**Dürfen wir Sie per SMS/E-Mail über Terminänderung/-erinnerungen in Kenntnis setzen?(Doctolib)**

Ja /  Nein

**Dürfen wir Sie an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen per SMS/E-Mail kontaktieren? (Doctolib)**

Ja /  Nein

**Bitte bringen Sie wenn möglich zu Ihrem Termin folgende Unterlagen mit:**

- **Versicherungskarte**
- **Falls vorhanden aktuellen Medikamentenplan**
- **Impfausweis**
- **Blutgruppen-/Notfallpass**

Vielen Dank für Ihre Auskunft

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

---

**Datum, Unterschrift Patient/in**