

## Frauenärztinnen Altötting

Dr. med. A. Fredl-Platzer – Dr. med. D. Schröder-Hester-Dr. med.P.Bergler

Bahnhofstr. 34, 84503 Altötting, Tel 08671/4776

Pränat. Diagnostik – Onkologie – Hormonsprechstunde - Psychosomatik – Naturheilkunde

---

### Liebe Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können. Außerdem heben wir so ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung auf.

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

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

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg      Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Zur Zeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar(Tel./Fax): privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

Hausarzt, (Name, Ort): \_\_\_\_\_

Brief an Hausarzt einverstanden:     Ja     Nein (bitte ankreuzen)

Regelblutung:            erste Regel mit \_\_\_\_\_ Jahren            letzte Regel (1.Tag) \_\_\_\_\_  
                                  keine Regel mehr seit \_\_\_\_\_

**Gebärmutterhalskrebs-Impfung (HPV) erfolgt:**      Ja       Nein       unvollständig

Eigene Erkrankungen	Hoher Blutdruck	Herzinfarkt	Lungenembolie, Thrombose, Schlaganfall	Krebs (welcher?)	Zucker (Diabetes, welcher?)
Wann?					
Sonstige (welche?)					

Familie	Mutter	Vater	Großmutter	Großvater	Schwester	Bruder
Krebs (welcher?)						
Diabetes (Zucker)						
Herzinfarkt						
Lungenembolie, Thrombose						
Schlaganfall						
Sonstige (Welche?)						

**Operationen:**

Datum	Art des Eingriffs

**Geburten:**

Datum	Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange)	Geburtsgewicht	Komplikationen

**Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften:**

Datum	Fehlgeburt (ankreuzen)	Abbruch (ankreuzen)	Eileiter-SS (ankreuzen)

Wie verhüten Sie? (bei Pille, welche?) seit wann?	
---	--

**Medikamente**, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Dosis	seit

**Allergische Reaktion auf folgende Stoffe:**

--

**Konsum von:**

<b>ankreuzen</b>	früher	gelegentlich	regelmäßig
Nikotin			
Alkohol			

**Derzeitige Beschwerden oder andere Gründe Ihres Besuches (z.B. Krebsvorsorge)**

--

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

© Vielen Dank für Ihre Mithilfe.  
Ihr Praxisteam

Dr. med. Alexandra Fredl-Platzer