



**Dr. med. Ralf Schreiber**  
 Facharzt für Frauenheilkunde  
 und Geburtshilfe | Akupunktur

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| <b>Name:</b>       | <b>Vorname:</b>     |
| <b>Straße:</b>     | <b>PLZ/Stadt:</b>   |
| <b>Tel. priv.:</b> | <b>Mobil:</b>       |
| <b>Email:</b>      | <b>Tel. gesch.:</b> |

Sehr geehrte Patientin,  
 das sorgfältige Ausfüllen dieses Fragebogens, der selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, erleichtert unser anschließendes Gespräch. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher möglichst vollständig.  
 Bei Rückfragen helfen Ihnen meine Assistentinnen gerne weiter.  
 Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Haben Sie aktuell Beschwerden?**    **Nein**             **Ja**

---

**Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? Pap-Abstrich?:**

---

**Wann war ihre letzte Periode?:**

---

**In welchen Abständen kommt ihre Periode?:**

---

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**                            **Nein**     **Ja**             Wieviel? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie die Pille/ den Ring?**    **Nein**     **Ja**   
 Welche? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Tragen Sie eine Spirale?**            **Nein**     **Ja**   
 Welche? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Kinder?**

| Jahr? | normale Geburt? | Saugglocke? Zange? | Kaiserschnitt? | gestillt? |
|-------|-----------------|--------------------|----------------|-----------|
|       |                 |                    |                |           |
|       |                 |                    |                |           |
|       |                 |                    |                |           |
|       |                 |                    |                |           |

**Hatten Sie schon einmal einen Schwangerschaftsabbruch?**    **Nein**             **Ja**   
 Wann? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt?**                            **Nein**             **Ja**   
 Wann? \_\_\_\_\_

**Wurden Sie schon mal operiert?** (v.a. Brust, Bauch, Sterilisation)    **Nein**             **Ja**   
 Wann?            Welche?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Sind Sie geimpft?**

Röteln             Hepatitis                             HPV (Gebärmutterhalskrebs)  
 Etc.: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

Haben Sie Allergien?

Nein  Ja

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Sind Sie überempfindlich/allergisch gegenüber Medikamenten? Nein  Ja

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? NEIN

Wenn ja, Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Migräne  mit Aura (neurologische Begleitsymptome)  ohne Aura
- Erhöhte Blutfette
- Asthma
- Lähmungen, Krampfanfälle
- Schilddrüsenerkrankungen
- Brustkrebs
- Lebererkrankungen, Gelbsucht, Hepatitis
- Darmerkrankungen
- Blutgerinnsel (Thrombose, Embolie), Bluterkrankungen, Gerinnungsstörung
- Venenleiden, Krampfadern
- Erkrankungen an Gebärmutter oder den Eierstöcken: \_\_\_\_\_
- Infektiöse Erkrankungen (HIV, Hepatitis)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja

Welche?:

Welche Erkrankungen aus Ihrer Familie sind Ihnen erinnerlich?

- Krebs (insb. Brust, Eierstock, Darm): bei \_\_\_\_\_
- Gerinnungsstörungen, Blutgerinnsel: bei \_\_\_\_\_
- Schlaganfall, Herzinfarkt unter 60 Jahren bei Verwandten ersten Grades
- Genetische Störungen? Familiäre Belastungen?: \_\_\_\_\_

Familienstand?

- Ledig
- feste Partnerschaft
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

Beruf? \_\_\_\_\_

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