



# Pränataldiagnostik- Geburtshilfe- Gynäkologie

Dr. med. Claudia Olmos  
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe  
Spezielle Ultraschalldiagnostik Degum II  
Humperdinckstr. 26, 53773 Hennef  
Tel.: 02242/9090111 Fax.: 02242/9164365  
E-Mail: [praxis@praenatal-hennef.de](mailto:praxis@praenatal-hennef.de)

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.

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

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

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

zur Zeit ausgeübte Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

telefonisch erreichbar Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Regelblutung: Ihre erste Regelblutung: \_\_\_\_\_ Jahren

Keine Regel mehr seit: \_\_\_\_\_

Wann wurde die letzte Krebsvorsorge- Untersuchung (beim Frauenarzt) bei Ihnen gemacht:

\_\_\_\_\_ Hatten Sie eine Darmspiegelung? \_\_\_\_\_ wenn Ja , wann? \_\_\_\_\_

Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:

| Methode (Pille, Spirale, sonstige..) | evtl. Pillen- Spirale (Typ/Name) | Von (Jahr) | Bis (Jahr) |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------|------------|
|                                      |                                  |            |            |
|                                      |                                  |            |            |
|                                      |                                  |            |            |
|                                      |                                  |            |            |

Eigene Erkrankungen:

|   |
|---|
| (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, sonstige.. ) |
|   |
|   |
|   |

**Ernsthafte erbliche Erkrankungen in der Familie:**

|  |   |
|--|---|
| Verwandtschaftsgrad (z.B. Mutter, Vater) | Erkrankung ( Krebsleiden, Zuckererkrankung, hoher Blutdruck...) |
|  |   |
|  |   |

Bitte beachten Sie auch die Rückseite

**Gynäkologische Operationen:**

| Datum | Art des Eingriffs |
|-------|-------------------|
|       |                   |
|       |                   |
|       |                   |
|       |                   |

**Geburten:**

| Datum | Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Zange....) | Geburtsgewicht | Komplikationen |
|-------|--|----------------|----------------|
|       |  |                |                |
|       |  |                |                |
|       |  |                |                |
|       |  |                |                |
|       |  |                |                |

**Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche/Eileiterschwangerschaften: (ankreuzen)**

| Datum | Fehlgeburt | Schwangerschaftsabbruch | Eileiterschwangerschaft |
|-------|------------|-------------------------|-------------------------|
|       |            |                         |                         |
|       |            |                         |                         |
|       |            |                         |                         |

| Datum | Fehlgeburt | Schwangerschaftsabbruch | Eileiterschwangerschaft |
|-------|------------|-------------------------|-------------------------|
|       |            |                         |                         |
|       |            |                         |                         |
|       |            |                         |                         |

**Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen:**

| Medikamentenname | Dosis (wie oft, wie viel?) | Seit wann? |
|------------------|----------------------------|------------|
|                  |                            |            |
|                  |                            |            |
|                  |                            |            |

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

**Allergische Reaktion auf folgende Stoffe:**

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

**Konsum von: (ankreuzen)**

|         | früher | gelegentlich | öfter |
|---------|--------|--------------|-------|
| Nikotin |        |              |       |
| Alkohol |        |              |       |
| Drogen  |        |              |       |

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

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

 **Vielen Dank für Ihre Mithilfe .**  
**Ihr Praxisteam Dr.Olmos**