

PATIENTINNENFRAGEBOGEN

Patient questionnaire



Gruppenpraxis
Dr. Martin Heber -
Dr. Sabine Mühlleitner

Name: _____

Adress/e: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Grund ihres heutigen Besuchs / reason for your visit:

Kontrolluntersuchung/checkup

Schwangerschaft/pregnancy

Beschwerden/med. complaints:

Sonstige/other:

Wir würden Sie bitten folgende Fragen zu beantworten um Sie bestmöglich zu betreuen:

We would kindly ask you to answer the following questions so we can serve you best:

Wann war Ihre letzte gynäkologische Kontrolle? When was your last gynecological visit?

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus? Do you have a regular cycle? ja/yes nein/no

Wann war Ihre letzte Menstruation? When was your last menstruation?

Waren Sie schon schwanger? Have you been pregnant yet? ja/yes nein/no

Wenn ja, wie oft? If yes, how many times? _____

Geburten? Any deliveries? ja/yes nein/no

Wenn ja, wieviele? If yes, how many? _____

Waren darunter auch Kaiserschnitte? Any caesareans? ja/yes nein/no

Wenn ja, wie viele und wann? If yes how many and when? _____

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche? Abortions/Interruptions? ja/yes nein/no

Wenn ja, wieviele? If yes, how many? _____

Bitte wenden!!! Please turn page!!!

Hatten Sie Operationen? Did you have any surgery?

1. gynäkologisch (z.B. Eierstöcke, Gebärmutter, Brust, etc.) ja/yes nein/no

1. gynecologically (e.g. ovary, uterus, breast, etc.)

Wenn ja welche und wann? If yes which and when? _____

2. Anderes (z.B. Schilddrüse, Blinddarm, Galle, Herz, etc.) ja/yes nein/no

2. Other (e.g. thyroid, appendix, gall, heart, etc.)

Welche und wann? Which and when? _____

Leiden sie an Erkrankungen? **(Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, etc.)** ja/yes nein/no

Do you suffer from any diseases? (high blood pressure, diabetes, etc.)

Wenn ja welche? If yes, from what? _____

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? ja/yes nein/no

Do you take any medicine on a regular basis?

Wenn ja welche? If yes, what? _____

Rauchen Sie? Do you smoke? ja/yes nein/no

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Do you have any allergies? ja/yes nein/no

Wenn ja welche? If yes, what? _____

Verhüten Sie derzeit? Do you use contraceptives? ja/yes nein/no

Welche? what kind?: Pille/Oral **welche?** which one? _____

3 Monatsspritze/ 3 month syringe

Spirale/IUD **wann gesetzt?** when placed? _____

Anderes/other: _____

Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebserkrankungen? ja/yes nein/no

Do you have a history of breast cancer in your family?

Hatten Sie bereits einmal eine Mammographie? ja/yes nein/no

Have you ever had a mammography?

wann zuletzt? when last? _____

Danke! Thank you!