



MVZ Buntenskamp
Gynäkologie

MVZ Buntenskamp Gynäkologie • Buntenskamp 5a • 21502 Geesthacht

Dr. med. Oliver Schwarzenberg
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Telefon 04152 87710-10
Telefax 04152 87710-19
schwarzenberg@mvz-buntenskamp.de

Sehr geehrte Patientin,

bitte nehmen Sie sich schon jetzt einen Moment Zeit, die nachfolgend aufgeführten Fragen zu beantworten.

Bringen Sie bitte diesen Fragebogen ausgefüllt zum Erstgespräch mit. Sie helfen uns mit diesen Angaben, Ihre Beschwerden genauer einschätzen zu können und geben uns erste Hinweise auf mögliche Krankheitsursachen.

Kommen Sie bitte einige Minuten vor dem vereinbarten Termin, damit wir Sie zügig und möglichst ohne Wartezeit beraten und behandeln können. Sollten Sie sich verspäten, rufen Sie bitte kurz an. **Telefon 04152 87710-10**

Sie helfen uns so, den weiteren Ablauf der Sprechstunde für Sie und andere Patientinnen neu zu planen. Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir möglichst früh um eine kurze telefonische Nachricht, um den Termin anderweitig vergeben zu können.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Dr. med. Oliver Schwarzenberg &
Ihr Praxisteam vom MVZ Buntenskamp



Hormonsprechstunde

Dr. med. Oliver Schwarzenberg
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Telefon 04152 87710-10
Telefax 04152 87710-19
schwarzenberg@mvz-buntenskamp.de

I. Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Nationalität: _____ Größe [cm]: _____ Gewicht [kg]: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Frauenarzt: _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Hiermit ermächtige ich das MVZ Buntenskamp, folgenden Arzt über meine Behandlung zu informieren: _____

Ich möchte nicht, dass mein Haus- oder Frauenarzt über meine Behandlung im MVZ Buntenskamp durch einen Brief informiert wird und erteile keine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich melde mich, falls doch eine Information erfolgen soll.

Ort, Datum

Unterschrift

II. Was ist der Grund Ihrer Vorstellung in der Hormonsprechstunde?

Welche Beschwerden haben Sie?

III. Fragen zur Ihrer Entwicklung

Mit welchem Alter hat bei Ihnen die Scham- und Achselbehaarung eingesetzt? _____

Wann hat die Brustentwicklung begonnen? _____

Mit welchem Alter trat die erste Blutung auf? _____

IV. Fragen zum Zyklus

Wann war die letzte Regelblutung? _____

Wann war die vorletzte Blutung? _____

In welchem Abstand kommt die Blutung? Alle _____ Tage

regelmäßig

unregelmäßig

ich blute einmal pro Monat

ich habe oft Schmierblutungen

ich habe oft Zwischenblutungen

ich habe starke Schmerzen bei der Regelblutung

ich habe vor den Tagen folgende Beschwerden (bitte dahinterschreiben, ob schwach oder stark):

geblähter Bauch: _____

Brustspannen: _____

Schwellungen (Füße, Hände): _____

gesteigerter Appetit: _____

Kopfschmerzen: _____

verminderte Leistungsfähigkeit: _____

psychische Veränderungen: _____

Falls Ihre letzte Blutung schon lange zurückliegt, in welchem Jahr fand sie statt? _____

V. Fragen zur Vorgeschichte

Waren Sie schon einmal schwanger? nein ja

Hatten Sie eine Fehlgeburt? nein ja

Hatten Sie eine Abtreibung? nein ja

Ihre Geburt(en) waren im Jahr / in den Jahren _____

Sind Sie am Unterleib schon einmal operiert worden? nein ja

Wenn ja, um was für einen Eingriff handelte es sich und in welchem Jahr fand er statt?

Hatten Sie schon einmal eine Brustkrankung? Wenn ja, welche?

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, weswegen?

Leiden Sie unter Hautunreinheiten? nein ja

Haben Sie Haarausfall? nein ja

Hat Ihre Körperbehaarung zugenommen? nein ja

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? nein ja

Hatten Sie eine Embolie oder einen Schlaganfall? nein ja

Hatten Verwandte ersten Grades vor dem 60. Lebensjahr
einen Herzinfarkt, eine Embolie oder eine Thrombose? nein ja

Leiden Sie unter Bluthochdruck? nein ja

Leiden Sie unter Migräne? nein ja

Ist eine Erkrankung der Lunge bekannt? nein ja

Ist eine Erkrankung des Magen-/Darmtraktes bekannt? nein ja

Ist eine Erkrankung der Nieren bekannt? nein ja

- Haben oder hatten Sie eine Lebererkrankung? nein ja
- Ist eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt? nein ja
- Besteht ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? nein ja
- Ist eine Allergie bekannt. Wenn ja, wogegen? nein ja
- Ist eine seelische Erkrankung bekannt? nein ja
- Haben Sie sonstige Erkrankungen? nein ja

Sollten eine oder mehrere der oben genannten Erkrankungen vorliegen, haben Sie nachfolgend Platz, etwas darüber zu schreiben: _____

- Wurde schon einmal eine Knochendichtemessung veranlasst? nein ja
- Ist ihr Körpergewicht konstant? nein ja
- Ernähren Sie sich ausgewogen? nein ja

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich? _____

Rauchen Sie? nein ja Wenn Ja wie viel und was? _____

- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja
- Treiben Sie regelmäßig Sport? nein ja
- Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? nein ja
- _____
- _____
- _____

Nachfolgend können Sie noch Angaben zu Krankheiten oder Beschwerden machen, die Ihnen wichtig erscheinen und die bislang noch nicht ausreichend erwähnt wurden:

Bitte schildern Sie zum Abschluss noch einmal mit einem oder wenigen Worten die für Sie im Vordergrund stehende Problematik:
