



# DR. MED. CHRISTA GOECKE

Frauenärztin/ Naturheilverfahren

Dr. med. Christa Goecke Gerhard-Rohlfs-Str. 16A 28757 Bremen

Tel.: 0421-6659855 Fax: 0421-6659856

www.praxis-dr-goecke.de

## Patientenfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf/Ausbildung: \_\_\_\_\_

Herkunftsland: \_\_\_\_\_ Sprache: \_\_\_\_\_

Dolmetscher oder Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Ihr Krankheitsgeschichte:

Haben sie Allergien? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie? (bitte kreuzen sie an):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Röteln (auch Impfung)     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      | <input type="checkbox"/> Windpocken (auch Impfung) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> Tuberkulose               |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Epilepsie                 |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall           | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Gelbsucht     |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt            | <input type="checkbox"/> HIV                       |
| <input type="checkbox"/> Thrombose              | <input type="checkbox"/> andere Infektionen        |

Genussmittel:  Alkohol  Nikotin

Krebserkrankungen (Eigene/Familie) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen: (wann, wo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?

ja       nein

Wenn "ja" welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte nennen sie uns den ersten Tag ihrer letzten Regelblutung: \_\_\_\_\_

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

**Verhütung:**

Pille    Spirale    Kondom    anderes \_\_\_\_\_

**Geburten:**

Monat/Jahr	Entbindung normal	Zange / Sauglocke	Kaiserschnitt	Geschlecht	Gewicht

Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsabbrüche: \_\_\_\_\_

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung: \_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie sind sie auf unsere Praxis gekommen? \_\_\_\_\_

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