



Dr. med. Tanja Christina Gieschen
Privatärztliche Praxis für Frauenheilkunde
und Anthroposophische Medizin (GAÄD)

Sehr geehrte Patientin,
ich begrüße Sie herzlich in meiner Praxis! Bitte beantworten Sie in Ruhe
diese ersten Fragen schriftlich.
Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen
Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe _____ cm und Gewicht _____ kg

Haben Sie folgende Vorerkrankungen?

	Nein	Ja	unbekannt
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheiten (Infarkt; Angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerinnungsstörungen/Anämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Aura <input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Dr. med. Tanja Christina Gieschen
Privatärztliche Praxis für Frauenheilkunde
und Anthroposophische Medizin (GAÄD)

	Nein	Ja	unbekannt	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Krankheiten (Depression; Angststörung, Neurosen, Psychosen, Ess- Störung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Infektionserkrankungen:</u>				
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Long-COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Vorerkrankungen: Hatten Sie folgende (Kinder)Krankheiten?				
	nein	ja	weiß nicht	geimpft
Masern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Dr. med. Tanja Christina Gieschen
Privatärztliche Praxis für Frauenheilkunde
und Anthroposophische Medizin (GAÄD)

Haben Sie Allergien gegen oder allergische Reaktionen gezeigt auf:

	nein	ja
Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirin; ASS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrastmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Metalle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?		

sonstige Allergien/Unverträglichkeiten:
(Arzneimittel, Materialien, Lebensmittel; Tierhaare;
Bienen gift, Pollen, Gräser etc.)

Nehmen Sie Medikamente (z.B. Blutverdünner) ein?
Bitte geben Sie auch Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Anthroposophika,
Homöopathika etc. an. Wenn ja, bitte angeben, welche und in welcher Dosierung,
wenn möglich auch Dauer der Einnahme:

Rauchen Sie? ja, _____ am Tag nein

Gynäkologische Anamnese:

ja nein unsicher

Sind Sie zurzeit schwanger?

Mit wie viel Jahren hatten Sie das erste Mal Ihre Menstruation (Monatsblutung)?

Mit _____ Jahren.



Dr. med. Tanja Christina Gieschen
Privatärztliche Praxis für Frauenheilkunde
und Anthroposophische Medizin (GAÄD)

Wann war der erste Tag Ihrer letzte Periode? _____

Zyklusdauer und Blutungsdauer und -stärke ?

Welche Methode verwenden Sie zur Schwangerschaftsverhütung und seit wann?

Seit _____ Pille /Spirale/ Sterilisation bzw. Sterilisation des Partners

Sonstiges _____

Wurden Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? ja nein

Wenn ja, mit welchem Impfstoff? Wann? Wie häufig?

Wenn Sie in den Wechseljahren sind, wann war Ihre letzte Monatsblutung?

Nehmen Sie Hormone ein?

Wenn ja, welche und seit wann ?

Wann war Ihre letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung ?

Monat/Jahr

Wie häufig waren Sie schwanger (inklusive Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch)

Haben Sie Kinder geboren? (Jahr, Geschlecht, Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt) ?



Dr. med. Tanja Christina Gieschen
Privatärztliche Praxis für Frauenheilkunde
und Anthroposophische Medizin (GAÄD)

Wurde schon einmal eine Mammographie durchgeführt?
Wenn ja, wann?

Hatten Sie bereits eine Operation im Unterleib?
Wenn ja, wann?

Hatten Sie bereits andere Operationen?
Wenn ja, wann und welche ?

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?
Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?

Sozialanamnese:

Sind Sie in einer festen Partnerschaft? Ja. (ledig /verheiratet) Nein (geschieden /
verwitwet /getrennt)

Was machen Sie beruflich?

Famillienanamnese (Eltern, Geschwister, Großeltern)

1. Hatte jemand aus der Familie jemals eine Thrombose, Embolie, Osteoporose,
Krebserkrankung? Wenn ja, wer, in welchem Alter erkrankt?

Raum für sonstige Bemerkungen:

Datum und Unterschrift: