

# Dr. med. Christine Fabian

Praxis für biologische ganzheitliche Diagnostik und Therapie

Am Hofgarten 1-2 53113 Bonn

Tel.: 0228 - 914 04 46 Fax: 0228 - 914 04 47

---

## Fragebogen zur Krankengeschichte (Frau)

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Rauchen Sie? \_\_\_ ja \_\_\_ nein \_\_\_ pro Tag

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Telefaxnummer: \_\_\_\_\_

Aktuelle oder chronische Beschwerden in Stichworten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Letzte Untersuchung beim Frauenarzt? \_\_\_\_\_

Letzte Krebsvorsorge? \_\_\_\_\_, letzte Mammographie? \_\_\_\_\_

Jahr der ersten Menstruation: \_\_\_\_\_, Regelmäßige Menstruation - Tage Abstand \_\_\_\_\_, Tage Dauer \_\_\_\_\_

Nehmen Sie die Pille: \_\_\_ ja \_\_\_ nein, welche: \_\_\_\_\_

Liegt eine Spirale: \_\_\_ ja \_\_\_ nein, welche: \_\_\_\_\_

Fehlgeburten, Unterbrechungen? Anzahl \_\_\_\_\_, wann: \_\_\_\_\_

Geburten: Anzahl: \_\_\_\_\_, wann: \_\_\_\_\_

Unfälle: \_\_\_\_\_

Knochenbrüche: \_\_\_\_\_

Zähne (Extraktionen, Amalgamfüllungen, Zahnersatz): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Impfungen (Impfpass vorhanden: Ja/Nein): \_\_\_\_\_

Hepatitisimpfung? \_\_\_ ja \_\_\_ nein, Jahr der letzten Tetanus-Impfung? \_\_\_\_\_

Aktuelle Laborwerte vorhanden: \_\_\_ ja, \_\_\_ nein. Bitte mitbringen!

Krankheiten in der Familie (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Schilddrüsen/ Tumorerkrankungen, Allergien - auf auf Medikamente?):

---

---

Medikamente (tägliche Einnahme u. Dosierung):

---

---

Medikamente (bei Bedarf):

---

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

---

Regelmäßige Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln (Mineralien, Vitamine, Spurenelemente, o. Ä.):

Falls ja, welche:

---

Hatten Sie schon eine Thrombose oder gibt es eine Thrombose in der Familie? \_\_\_\_ ja, \_\_\_\_ nein

Ist eine Zuckerkrankheit bekannt? \_\_\_\_ ja, \_\_\_\_ nein

Hatten Eltern, Geschwister, Verwandte einen Herzinfarkt vor dem 50. Lebensjahr? \_\_\_\_ ja, \_\_\_\_ nein

Hatten Eltern, Geschwister, Verwandte einen Schlaganfall vor dem 50. Lebensjahr? \_\_\_\_ ja, \_\_\_\_ nein

Sind bei Eltern, Geschwistern erhöhte Blutfettwerte bekannt? \_\_\_\_ ja, \_\_\_\_ nein

Individuelle Gesundheitsleistungen entnehmen Sie bitte unserer Praxisvereinbarung.

Bonn,

---

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Versicherten bzw. bei Minderjährigen  
des/der Erziehungsberechtigten)

Bonn,

---

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Ärztin)

Per Telefax senden: 0228-9140447 oder beim Erstbesuch mitbringen.