

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patientin .....  
Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Anschrift .....  
Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

Tel. (Privat) ..... E-Mail .....

Tel. (Mobil) ..... (vorheriger) Beruf .....

Hausarzt ..... Größe ..... Gewicht .....

Alter bei der ersten Regelblutung? \_\_\_\_\_ Datum letzte Regelblutung? \_\_\_\_\_

Verhüten Sie ?  nein  ja  mit Pille  Kondom  Spirale  Ring  Präparat: .....

Rauchen Sie?  ja /  nein /  aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  ja /  nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

Operationen (Gyn)?  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Allergien?  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Kinderwunsch?  ja /  nein Wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_

Sind Sie Schwanger?  ja /  nein /  möglicherweise Wenn ja, im wievielten Monat? \_\_\_\_\_ :::: \_\_\_\_\_

Anzahl: Geburten? \_\_\_\_\_ davon \_\_\_\_\_ Kaiserschnitt/e \_\_\_\_\_ Zange/Saugglocke/n \_\_\_\_\_ Komplikationen \_\_\_\_\_

Anzahl: Fehlgeburten? \_\_\_\_\_ Abbrüche? \_\_\_\_\_ Eileiterschwangerschaften? \_\_\_\_\_  li.  re.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Gerinnungsstörung  Thrombose  Schlaganfall  Herzinfarkt  Krampfadern  
 Migräne  Bluthochdruck  Lebererkrankung  Nierenerkrankungen  Diabetes mellitus  
 Epilepsie  Osteoporose  Hormonstörungen  Schilddrüsenerkrank.  Blutungsneigung  
 Arthrose  Harninkontinenz  Hepatitis / HIV  Sonstige  
 Gemütskrankung  Asthma / COPD  Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

Traten in Ihrer (blutsverwandten) Familie (Eltern / Geschwister / Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

Bluthochdruck  Thrombose  Herzinfarkt  Schlaganfall  Allergien  
 Krebserkrankungen  Diabetes mellitus  Erbkrankheiten  Geburtliche Fehlbildungen

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?  ja /  nein Wenn Ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar)

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung ? \_\_\_\_\_ bei wem ? \_\_\_\_\_

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Arzt  Familie  Bekannte(r)  Telefonbuch  Zeitung  Internet  Praxisschild  Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden?  ja /  nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Gesundheitsbrief** mit neuesten medizinischen Erkenntnissen zu Vorsorge, Diagnostik und Therapie sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?  ja /  nein

.....  
Datum Unterschrift