



Patienten ID: _____

Liebe Patientin,

Sie sind heute zum ersten Mal in eine unserer Praxen gekommen. Herzlich Willkommen! Vor der eigentlichen Untersuchung bitten wir Sie um einige Angaben um den Anmelde- und Aufnahmeprozess für Sie so angenehm und einfach wie möglich zu gestalten. Selbstverständlich werden alle von Ihnen gemachten Daten absolut vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz.

| | |
|--------------------|--------------------|
| Vorname _____ | Nachname _____ |
| Straße/ Hnr. _____ | PLZ / Stadt _____ |
| geb. am _____ | Beruf _____ |
| E-Mail _____ | Handy / Tel. _____ |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Vorbeigehen, Bekannte, Zeitungsanzeige, Internet, Telefonbuch, Vortrag, Überweisung von Ihrem Arzt, Beratungsstelle o.Ä.

| | |
|---|--------------------------------------|
| Ihre erste Periode (Alter) _____ | 1. Tag der letzten Periode _____ |
| Zyklus regelmäßig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | nach / schwankt zwischen _____ Tagen |
| Ihre Körpergröße (cm) _____ | Ihr Gewicht (kg) _____ |

| | |
|--|------------|
| Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung _____ | Jahr _____ |
| Letzte Mammographieuntersuchung (Röntgenuntersuchung der Brust) _____ | Jahr _____ |

| | |
|---|----------------------|
| Spirale (IUP) <input type="checkbox"/> ja | seit _____ |
| Nehmen Sie <input type="checkbox"/> die Pille | Pillenpräparat _____ |
| <input type="checkbox"/> Hormone | Hormonpräparat _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere Medikamente | Medikament _____ |
| | Medikament _____ |

Ernsthafte Erkrankungen bei Ihnen

Trombose, Zuckerkrankheit, Krebs, Infarkt, hoher Blutdruck, Lebererkrankungen, Schlaganfall, o.ä.

nein ja, Erkrankung _____

Ernsthafte Erkrankungen in der Familie

TBC, Krebs, Trombose, Herzinfarkt, Schlaganfall, o.ä.

nein

ja, Erkrankung

Schwangerschaften

nein

ja wieviele _____

Jahr: _____ Junge Mädchen spontan Komplikation

Jahr: _____ Junge Mädchen spontan Komplikation

Jahr: _____ Junge Mädchen spontan Komplikation

Fehlgeburten

Jahr: _____ Ausschabung nein ja

Jahr: _____ Ausschabung nein ja

Jahr: _____ Ausschabung nein ja

Operationen

nein

ja

Jahr: _____ Operation: _____

Jahr: _____ Operation: _____

Jahr: _____ Operation: _____

Sind sie allergisch?

nein

ja gegen: _____

Rauchen Sie?

nein

ja wieviel: _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Ich bin damit einverstanden, dass alle Angaben in meiner digitalen Patientenakte gespeichert werden.

Ort/ Datum _____

Unterschrift _____