

Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlichst in unserer Praxis. Um Sie optimal betreuen und beraten zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen **möglichst vollständig**. Bei Unklarheiten steht Ihnen das Praxisteam gerne zur Verfügung.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich den strengen Datenschutz-rechtlichen Bestimmungen.

Allgemeine Informationen:

Name, Vorname: _____ geb: _____

Adresse: _____

Telefonisch erreichbar: privat: _____ dienstlich: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Berufliche Tätigkeit: _____

Regelblutung:

In welchem Alter hatten Sie ihre erste Periode? _____ Jahre

Wann war Ihre letzte reguläre Periode? _____

Verhütung (z.B. Pille, Spirale) – mit welcher Methode verhüten Sie?

Gar nicht Ja, Welche? _____

Schwangerschaft/Geburten/Fehlgeburten:

Haben Sie Kinder geboren? Nein Ja, Wie viele und wann? _____

Fehlgeburten? Nein Ja, Wie viele und wann? _____

Stillzeit (in Monaten): _____ Monate

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge und bei wem? _____

Nehmen Sie Hormone ein? Nein Ja, welche und seit wann? _____

Wurden Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? Nein Ja

Allergien: Nein Ja, Welche? _____

Rauchen Sie? Nein Ja Gelegentlich

Trinken Sie? Nein Ja Gelegentlich

Eigene und/oder wichtige Erkrankungen
(z.B. Krebs, Schlaganfall etc.)

Keine

Wenn ja, welche?

Gynäkologische Operationen

Nein

Wenn ja, welche und wann?

Erkrankung der Verwandten (Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Thrombose)

Nein

Wenn ja, welche:

Diagnostik Brust

Mammographie (Arzt/Klinik) _____

Datum _____

MRT (Arzt/Klinik) _____

Datum _____

Mammasonografie (Arzt/Klinik) _____

Datum _____

Datum: _____

Unterschrift: _____