

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.

Patient

	Name	Vorname	geb.
--	------	---------	------

Anschrift

	Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
--	--------	------------	--------------	---------

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Büro) Mobil

Hausarzt Beruf

Anzahl Schwangerschaften? _____ **Anzahl Geburten?** _____ **Anzahl Fehlgeburten?** _____

Alter bei der ersten Regelblutung? _____ **Datum der letzten Regelblutung?** _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Rauchen Sie? ja / nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

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: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrank. | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> sonstige | |

Traten in Ihrer Verwandtschaft folgenden Erkrankungen auf?

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Verhütungsmittel (z. B. Pille)

Welche? _____

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

- Arzt Bekannte(r) Telefonbuch Zeitungsanzeige Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

..... Datum
 Unterschrift