



FRAUENARZTPRAXIS IM QUARTIER

Liebe 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.

Patientin

Name

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

Telefon (mobil)

(privat)

E-Mail

(vorheriger) Beruf

Hausarzt

Alter bei der ersten Regelblutung?

Datum letzte Regelblutung?

Wenn Sie in den Wechseljahren sind, wann war ihre letzte Monatsblutung?

Wie lange dauert ihr Zyklus?

☐ 28 Tage ☐ kürzer als 28 Tage ☐ länger als 28 Tage

☐ unregelmässig ☐ regelmässig

Verhüten Sie?

☐ nein ☐ ja, mit ☐ Pille ☐ Kondom ☐ Spirale ☐ Ring

Präparat:

Nehmen Sie Hormone, wenn ja welche und seit wann?

Seit Medikament

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?

Geburten:

Geburtsjahr	Geburtsmodus (spontan / Kaiserschnitt)	Geschlecht (m/w)	Gewicht	Besonderheiten (Stillzeit, Dammriss, etc.)
1.			g	
2.			g	
3.			g	
4.			g	
5.			g	

Bitte wenden!



FRAUENARZTPRAXIS IM QUARTIER

Fehlgeburten /Schwangerschaftsabbrüche:

Jahr	Schwangerschaftswoche/-monat	Besonderheiten
1.		
2.		
3.		

Eileiterschwangerschaften? ☐ links. ☐ rechts

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Gerinnungsstörung | ☐ Lebererkrankung | ☐ Blutungsneigung |
| ☐ Thrombose | ☐ Nierenerkrankungen | ☐ Arthrose |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Harninkontinenz |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Epilepsie | ☐ Hepatitis / HIV |
| ☐ Krampfadern | ☐ Osteoporose | ☐ Gemütskrankung |
| ☐ Migräne | ☐ Hormonstörungen | ☐ Asthma / COPD |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Sonstige |

Wurden Sie operiert?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche:

Haben Sie Krebserkrankungen?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche:

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

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Geburtliche Fehlbildungen | ☐ Diabetes mellitus |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Thrombose | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Krebserkrankungen | ☐ Allergien | ☐ Erbkrankheiten |

Haben Sie Allergien?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche:

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche: (z.B Pille, ASS, Marcumar).....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben sowie erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert, bearbeitet und an Fr. Dr.Liem, Fr. Özcan, Dr. Judith Bollmann und Dr. Ulrike Walla weitergegeben werden.

Mir wurde die Datenschutzerklärung der Frauenarztpraxis im Quartier zur Kenntnisnahme ausgehändigt. Ich versichere, diese gelesen und verstanden zu haben. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit dieser einverstanden.

Ich möchte durch einen Recall an meine jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung erinnert werden: ☐ ja ☐ nein
Falls ja: ☐ per Mail ☐ per Post

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam

.....
Datum

.....
Unterschrift