



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.

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
Mobil

.....
E-Mail

.....
(vorheriger) Beruf

.....
Hausarzt

.....
Größe:

.....
Gewicht:

.....
Alter bei der ersten Regelblutung?

.....
Datum letzte Regelblutung?

.....
Verhüten Sie? ja nein

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/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?

Bitte wenden ↗

Anzahl Geburten: davon Kaiserschnitte Zange/Saugglocke/n

Komplikationen

Anzahl Fehlgeburten: Abbrüche: Eileiterschwangerschaften: links rechts

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Hepatitis / HIV | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | | | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen: | | | |

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

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> 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:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Bekannte(r) | <input type="checkbox"/> Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Praxisschild | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | |

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja nein

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift