

Aufnahmebogen für neue Patientinnen

Herzlich willkommen in unserer gynäkologischen Gemeinschaftspraxis.
Wir möchten Sie um einige Informationen für Ihre Patientenakte bitten.

Name: _____

Vorname: _____ geb.: _____

Adresse _____

Beruf: _____

Telefon: _____

privat mobil dienstlich E-Mail

Hausarzt: _____

Ihre Krankengeschichte:

Haben Sie Allergien? _____

Haben oder hatten Sie? (bitte kreuzen Sie an):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Röteln (auch Impfung) | <input type="checkbox"/> Windpocken (auch Impfung) | <input type="checkbox"/> Gebärmutterhalskrebsimpfung (HPV) |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzfehler | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> Embolien | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |

Schilddrüsenerkrankungen, wenn ja welche? _____

Krebserkrankungen, wenn ja welche? _____

Sonstige ernsthafte Erkrankungen: _____

Operationen mit Jahresangabe:

Eierstock re./li. [] Eileiter re./li. [] Gebärmutter []

Gebärmutterhals [] Brust re./li. [] Blinddarm []

Andere Operationen: _____

Letzte Mammographie: _____ Letzte Darmspiegelung: _____

Mammographiescreening: ja nein

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg



Gibt es oder gab es bei Familienmitgliedern:

Brustkrebs Eierstockkrebs Darmkrebs Thrombose/Embolie

andere Krebserkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Geburten mit Jahresangabe

1. _____ normal Zange Saugglocke Kaiserschnitt

2. _____ normal Zange Saugglocke Kaiserschnitt

3. _____ normal Zange Saugglocke Kaiserschnitt

4. _____ normal Zange Saugglocke Kaiserschnitt

Gab es Fehlgeburten: nein ja wie viele? _____ wann? _____

Schwangerschaftsabbrüche: nein ja wie viele? _____ wann? _____

Wie alt waren Sie bei der ersten Regelblutung: _____

Bitte nennen Sie uns den ersten Tag Ihrer letzten Regelblutung: _____

Regelabstand in Tagen: _____ Blutungsdauer in Tagen: _____

Schmerzhafte Regelblutung: nein ja manchmal

Verhütung:

Pille Spirale Kondom Dreimonatsspritze Verhütungsring andere

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja

Welche? _____

Rauchen Sie? nein ja wie viele pro Tag? _____

Sind sie schon einmal Opfer sexueller/häuslicher Gewalt geworden? nein ja

Für regelmäßige Untersuchungen (z.B. für Abstrichkontrollen, Krebsvorsorgen, Mammographien) bieten wir einen schriftlichen Erinnerungsservice an.

Möchten Sie diesen nutzen?

nein ja

Andere Wünsche: _____

Wünschen Sie bei jeder einzelnen Ultraschalluntersuchung einen Arztbrief an Ihren Hausarzt?

nein ja, an _____

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Dr. med. Claudia Eck

Dr. med. Kerstin Schwarzer

das Praxisteam

