

NAME & VORNAME: _____ GEBURTSDATUM: _____
 STRASSE: _____ PLZ / WOHNORT: _____
 TELEFON: _____ E-MAIL: _____ MOBIL: _____
 BERUF: _____ HAUSARZT/ÄRZTIN: _____

ALLGEMEINE ANGABEN

Was ist der Anlass Ihres aktuellen Besuchs? _____
 Körpergröße/-gewicht? _____ cm kg
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____
 Sind Sie vor kurzem ärztlich behandelt worden? ☐ Nein ☐ Ja, Datum/Eingriff: _____
 Bestrahlung/Chemotherapie: ☐ Nein ☐ Ja, Datum/Behandlung: _____
 Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, Zigaretten/Tag: _____
 Allergien: ☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____
 Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja, Datum: _____

VORERKRANKUNGEN

☐ keine ☐ Thrombose ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Gerinnungsstörung ☐ Diabetes mellitus
☐ Hypertonie ☐ Sonstige: _____
 Besteht oder bestand bei Verwandten (Eltern, Geschwister, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen?
☐ keine ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Blutzuckerkrankheit ☐ Thrombose/Lungenembolie
☐ Bluthochdruck ☐ Krebserkrankungen – Wenn ja, welche? _____
☐ Autoimmunerkrankungen – Wenn ja, welche? _____

GYNÄKOLOGISCHE ANGABEN

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____
 Gab es dabei Auffälligkeiten? ☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____
 Regelblutung: Wann war Ihre letzte Periode? _____
 Zyklusdauer u. Dauer der Regelblutung: _____ Tage
 Beschwerden während Ihrer Regelblutung: ☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____
 Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____
 Wie verhüten Sie? _____ In welcher Form: _____
 Geburten Anzahl: _____ Normal _____ mit Kaiserschnitt _____ mit Saugglocke/Zange
 Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft/Geburt? ☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____
 Fehlgeburten Anzahl: _____ Davon _____ Abbrüche _____ Eileiterschwangerschaften
 Haben Sie die „Pille danach“ eingenommen? Wann? _____ Wie häufig: _____
 Nehmen Sie Hormone ein? ☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ich erkläre mich mit einer Kontaktaufnahme (telefonisch, schriftlich, ggf. per Email) durch meinen behandelnden Arzt einverstanden. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum

Unterschrift