

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

**ALLGEMEINE ANGABEN**

Was ist der Anlass Ihres aktuellen Besuchs?

Körpergröße/-gewicht?

- |  |                               |  |    |    |
|--|-------------------------------|--|----|----|
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____         | cm | kg |
| Sind Sie vor kurzem ärztlich behandelt worden: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Datum/Eingriff: _____   |    |    |
| Bestrahlung/Chemotherapie:                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Datum/Behandlung: _____ |    |    |
| Rauchen Sie?                                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, Zigaretten/Tag: _____   |    |    |
| Allergien:                                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____         |    |    |

Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt?  Nein  Ja, Datum: \_\_\_\_\_**VORERKRANKUNGEN**

- |                                     |  |   |  |  |
|-------------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine      | <input type="checkbox"/> Thrombose       | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |   |  |  |

Besteht oder bestand bei Verwandten (Eltern, Geschwister, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen?

- |   |   |                                      |  |  |
|---|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                               | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Thrombose/Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                                  | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen - Wenn ja, welche? _____ |                                      |  |  |
| <input type="checkbox"/> 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 Kontaktanfrage (telefonisch, schriftlich, ggf. per Email) durch meinen behandelnden Arzt einverstanden. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Recht mäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_