

Frauenärztliche Praxis
Dipl.-Med. Petra Großmann
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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.

Patientin
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) (vorheriger) Beruf

Hausarzt Größe Gewicht

Alter bei der ersten Regelblutung? **Datum letzte Regelblutung?**

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?

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, in welcher Woche?

Anzahl: Geburten? davon mit Kaiserschnitt Zange Saugglocke Komplikationen

Anzahl: Fehlgeburten? **Abbrüche?** **Eileiterschwangerschaften?**

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrank. | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Hepatitis / HIV | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Traten in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister / Tante mütterlicherseits) folgende Erkrankungen auf?

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

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

- Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnisse informieren? ja / nein

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen 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). 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