



Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind sehr wichtig, um Sie bestmöglich betreuen zu können. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

**Persönliche Angaben:**

Name	Vorname	Geb.-Datum

Straße	Hausnr.	Postleitzahl, Ort

Telefon privat	Telefon mobil

E-Mail- Adresse

Beruf	Hausarzt

**Medizinische Vorgeschichte:**

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Alter bei der ersten Menstruation: \_\_\_\_\_

Datum der letzten Menstruation: \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger ? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_/Tag

Trinken Sie Alkohol?  gar nicht  selten  gelegentlich  täglich

Allergien (v.a. auf Medikamente, Lebensmittel):

\_\_\_\_\_

Medikamente (z.B. Pille, ASS, Marcumar):

\_\_\_\_\_

Nehmen oder nahmen Sie ein Hormonpräparat/ die Pille ein? Wenn ja, welches/ welche?

\_\_\_\_\_

**Vorausgegangene Schwangerschaften/ Geburten:**

Monat/Jahr	SSW	Ausgang ( Spontangeburt/ Kaiserschnitt/ Saugglocke/ Fehlgeburt/ Abbruch )

Bitte wenden!

**Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Magen-/ Darmerkr.      | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  | <input type="checkbox"/> Asthma /COPD    |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose     | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus      | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz  | <input type="checkbox"/> Osteoporose     |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung      | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung   | <input type="checkbox"/> sonstiges       |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung        | <input type="checkbox"/> Epilepsie        |  |

Sollten eine oder mehrere oben genannter Erkrankungen von Ihnen angekreuzt worden sein:

Welche Erkrankung ist seit wann bekannt?

Jahr	Erkrankung

**Sind Sie schon einmal operiert worden?**

Jahr	Operation

**Gibt es/ gab es in Ihrer Familie (Eltern/ Geschwister/ nahe Verwandte) folgende Erkrankungen?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung _____        |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> angeborene Fehlbildung _____ |

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? \_\_\_\_\_

**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