

Liebe Patientin!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes!

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Ihr Hausarzt/Ärztin: _____

Was ist der Anlass Ihres aktuellen Besuchs? _____

Wann war ihre letzte gynäkologische Untersuchung/letzte Krebsvorsorge _____/_____

Wann war Ihre letzte Mammographie _____

Wann war Ihre letzte Darmspiegelung _____

Mit welchem Alter haben Sie ihre erste Regelblutung _____

Wann war der 1. Tag der letzten Periodenblutung _____

Zyklusdauer und Dauer der Regelblutung (z.B. alle 28 Tage für 4 Tage) _____

Beschwerden während Ihrer Regelblutung? Nein Ja, welche:

Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch?	Nein	Ja, seit wann:	

Wie verhüten Sie?	gar nicht	mit Pille	mit Spirale/IUD
Sterilisation	Kondom	mein Mann ist sterilisiert	Anders:
Geburten:	Spontan:	mit Saugglocke/Zange:	Mit Kaiserschnitt:

Eileiterschwangerschaften	Nein	Ja	Wann:
Fehlgeburten	Nein	Ja	Wann:
Abbrüche	Nein	Ja	Wann:
Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt?	Nein	Ja	Wann:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	Nein	Ja	Welche/Medikamentenplan:

Voroperationen (gynäkologische-Brust-OP, Gebärmutterentfernung, Eierstockzystenentfernung, Konisation, Sektio, Ausschabung, Abortabasio) + Blinddarm-OP, Mandeln -OP, Schilddrüsen-OP;	Nein	Ja	Datum/Eingriff:
Rauchen Sie	Nein	Ja	Wieviel: Seit wann:

Alkohol	Nein	Ja	Gelegentlich:
Drogen	Nein	Ja	Früher:
Allergien (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Latex, Jod, Kontrastmittel, Pflaster, Kunststoff, Pollenallergie, Desinfektionsmittel, Laktoseintoleranz, andere)	Nein	JA	Welche:

Thrombose/Lungenembolie	Nein	Ja	Wann:
-------------------------	------	----	-------

Krebserkrankung	Nein	Ja	Welche:
-----------------	------	----	---------

Nehmen Sie Hormone ein	Nein	Ja	Welche:
------------------------	------	----	---------

Haben Sie eine Migräne	Nein	Ja	Mit Aura	Ohne Aura
Haben Sie Gerinnungsstörung ((z.B Faktor V-Mangel, Thrombophilie) erhöhte Blutungsneigung, häufig Nasen/Zahnfleischbluten, längeres Bluten nach Verletzungen, blaue Flecken, Nachbluten nach früheren Geburten oder Operationen)	Nein	Ja	Beschreibung:	

Besteht oder bestand bei Verwandten:

eine Krebserkrankung	Nein	Ja
eine Gerinnungsstörung	Nein	Ja
Herzinfarkt/Schlaganfall	Nein	Ja
Thrombose/Lungenembolie	Nein	Ja

Sonstige Erkrankungen:

Welche:

Gibt es in der Familie irgendwelche Behinderungen/Fehlbildungen/genetische Störungen?	Nein	Ja	Beschreibung:

Einwilligung zur Datenerhebung,- Verarbeitung und- Speicherung (DSGVO)

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. Ferner erkläre mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungsbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. 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 verzichte auf die Berichtspflicht gem.§73 Abs.1b SGB V. Dies kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Datum/Unterschrift _____

Praxis Redzheb Telefon 02631 9999 090
Mittelstr.1 Telefax 02631 9999 0999
56564 Neuwied E-Mail: team@gyn-neuwied.de