
LIEBE PATIENTIN,

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS. BITTE NEHMEN SIE SICH EINIGE MINUTEN ZEIT UND SCHREIBEN SIE IHRE KRANKENGESCHICHTE AUF. DIESER IST WICHTIG FÜR EINE STRUKTURIERTE UND INDIVIDUELLE ÄRZTLICHE VERSORGUNG. SOLLTEN SIE FRAGEN ODER WÜNSCHE HABEN, SO LASSEN SIE UNS DIES BITTE WISSEN.

NAME, VORNAME : _____

BERUF : _____

TELEFONNUMMER : _____ **MOBIL:** _____

E-MAIL : _____

HAUSARZT : _____

LEIDEN SIE UNTER EINER DER ANGEgebenEN ERKRANKUNGEN UND SIND SIE DESHALB IN BEHANDLUNG?

HOHER BLUTDRUCK THROMBOSE EMBOLIE SCHLAGANFALL

GERINNUNGSSTÖRUNG

DIABETES ASTHMA HERZINFARKT SCHILDDRÜSENERKRANKUNG MIGRÄNE

ERHÖHTE BLUTFETTE EPILEPSIE BRUSTKREBS

ANDERE ERKRANKUNG (BITTE ANGEBEN)

ERSTER TAG DER LETZTEN REGEL: _____

WIEVIEL TAGE LIEGEN ZWISCHEN 2 PERIODEN?: _____

IST DIE BLUTUNG STARK NORMAL SCHWACH SCHMERZHAFT UNREGELMÄßIG

GEBURten: **JAHr/NAME/GEWICHT** **NORMALE GEBURT** **KAIserSCHNITT** **SAUGGLOCKE/ZANGE**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

GAB ES KOMPLIKATIONEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFTEN? WELCHE?

FEHLGEBURten: JAHR(e) **SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE: JAHR(e)** **EILEITERSCHWANGERSCHAFTEN: JAHR(e)**

RAUCHEN SIE? NEIN JA

ALLERGIEN: _____

VERHÜTUNG: PILLE/VAGINALRING: WELCHE? _____

SPIRALE KONDOME NATÜRLICH KEINE

WURDEN SIE GEGEN HPV GEIMPFT: NEIN JA

WANN WURDE DER LETZTE ABSTRICH GEMACHT? _____

WANN WURDE DER LETZTE ABSTRICH GEMACHT? PAP/ZYTO HPV

MEDIKAMENTENEINNAHME: _____

GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN (BITTE GEBEN SIE JAHR UND ART DER OP AN):

ANDERE OPERATIONEN (BITTE GEBEN SIE JAHR UND ART DER OP AN):

GAB ES IN IHRER FAMILIE BÖSARTIGE GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN? WELCHE?

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG RECALL (TERMINERINNERUNGSSERVICE)

ICH MÖCHTE REGELMÄßIG DURCH DIE FRAUENARZTPRAXIS DR. DÖRING AN MEINE UNTERSUCHUNGSTERMINE ERINNERT WERDEN:

HALBJÄHRLICH JÄHRLICH ICH MÖCHTE KEINE ERINNERUNG

ICH STIMME ZU, DASS MICH DIE FRAUENARZTPRAXIS DR. DÖRING UNTER DER ANGEgebenEN E-MAIL ADRESSE / MOBILNUMMER AN DEN VEREINBARTEN TERMIN ERINNERN KANN.

Die Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich jederzeit von mir widerrufen werden.

DATUM

UNTERSCHRIFT