

---

*LIEBE PATIENTIN,*

---

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS. BITTE NEHMEN SIE SICH EINIGE MINUTEN ZEIT UND SCHREIBEN SIE IHRE KRANKENGESCHICHTE AUF. DIESE 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

<b>GEBURTEN:</b>	<b>JAHR/NAME/GEWICHT</b>	<b>NORMALE GEBURT</b>	<b>KAISERSCHNITT</b>	<b>SAUGGLOCKE/ZANGE</b>
1.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 WAR DIE LETZTE UNTERSUCHUNG ZUR KREBSFRÜHERKENNUNG? \_\_\_\_\_

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