

Sehr geehrte Patientin, bitte füllen Sie diesen Bogen bei der Erstanmeldung aus – bitte in Druckbuchstaben! Sie erleichtern uns die Arbeit damit sehr.
Vielen Dank!

Name _____ Vorname _____

geb. Datum _____ Straße/Haus Nr. _____

PLZ/ Wohnort _____

Tel. priv. _____

Tel. geschäftl. _____

Tel. mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Familienstand: ☐ ledig / ☐ verheiratet / ☐ geschieden / ☐ verwitwet

Gesetzliche Krankenkasse: _____

Hausarzt _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Beschwerden: _____

Allergien _____

Zigaretten ☐ ja ☐ nein wie viele pro Tag? _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Letzter Besuch bei Frauenarzt _____ Letzte Krebsvorsorge _____

1. Regelblutung mit _____ Jahren

Letzte Periode (1. Tag)? _____ Zyklus: ☐ regelmäßig / ☐ unregelmäßig (ohne Pille!)

Dauer: _____ Tage Regelschmerzen: ☐ ja / ☐ nein?

Verhütung: ☐ Pille / ☐ Nuvaring / ☐ Spirale / ☐ Sterilisation / ☐ Kondom / ☐ Sonstige? _____

Seit wann? _____

Blutgruppe/Rhesus _____

Hatten Sie Röteln? ☐ ja ☐ nein Impfung (Jahr) _____

Windpocken? ☐ ja ☐ nein Impfung (Jahr) _____

HPV im Jahr _____ welcher Impfstoff _____

Letzte Mammographie im Jahr _____ Darmspiegelung im Jahr _____

Familiär: ☐ Brustkrebs, ☐ Darmkrebs, ☐ Gebärmutterkrebs, ☐ Thrombose, ☐ Herzinfarkt, ☐ Diabetes

Wer von Ihren Verwandten _____

Schwere eigene Erkrankungen (welche / wann?) _____

Operationen gynäkologisch (welche / wann?) : _____

davon Kaiserschnitt: _____ Fehlgeburten: _____ Abbrüche: _____

Kinderwunsch? ☐ ja ☐ nein?

Haben Sie Kinder? Wie viele? _____ Gestillt ☐ ja ☐ nein? Wie lange? _____

Medikamente derzeit: _____

Wie sind Sie zu mir gekommen: ☐ Empfehlung ☐ Internet ☐ Sonstige: _____

Wie sollen wir Sie über auffällige Befunde o.ä. informieren: ☐ Email ☐ Brief ☐ telefonisch

Ich bin einverstanden, wenn Sie mich über anstehende Kontrolluntersuchungen bzw. Neuerungen im Bereich der Prävention informieren ☐ Ja ☐ Nein?

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes ist Ihre Zustimmung bei der Weitergabe Ihrer Behandlungsunterlagen an ärztliche Praxisvertreter oder -nachfolger erforderlich. Sie können ganz sicher sein, dass Ihre Daten streng vertraulich behandelt werden! Mit der Weitergabe bin ich einverstanden.
☐ Ja ☐ Nein?

Hamburg, den _____ Unterschrift: _____