

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT



PRAXIS FÜR FRAUENHEILKUNDE
UND GEBURTSHILFE
ÜBAG DRES. FLEISCHHAUER

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____ Beruf: _____
Hausarzt/ärztin: _____

ALLGEMEINE ANGABEN

Was ist der Anlass Ihres aktuellen Besuchs? _____
Körpergröße/-gewicht? _____ cm _____ kg
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein Ja, folgende: _____
Voroperationen: Nein Ja, Datum/Eingriff: _____
Bestrahlung/Chemotherapie: Nein Ja, Datum/Behandlung: _____
Rauchen Sie? Nein Ja, Zigaretten/Tag: _____
Allergien: Nein Ja, folgende: _____
Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt? Nein Ja, Datum: _____

Vorerkrankungen

keine Thrombose Lungenembolie Gerinnungsstörung Diabetes mellitus
 Hypertonie Sonstige: _____

Besteht oder bestand bei Verwandten (Eltern, Geschwister, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen?

keine Schlaganfall Herzinfarkt Blutzuckerkrankheit Thrombose/Lungenembolie
 Bluthochdruck Krebserkrankungen – Wenn ja, welche? _____

GYNÄKOLOGISCHE ANGABEN

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____
Gab es dabei Auffälligkeiten? Nein Ja, folgende: _____
Regelblutung Erste Periode mit _____ Jahren / Wann war Ihre letzte Periode? _____
Zyklusdauer u. Dauer der Regelblutung (z.B. alle 28 Tage für 4 Tage): Alle _____ Tage für _____ Tage
Beschwerden während Ihrer Regelblutung? Nein Ja, folgende: _____
Besteht bei Ihnen derzeit Kinderwunsch? Nein Ja, seit _____
Wie verhüten Sie? _____

Geburten Anzahl: _____ Davon _____ mit Kaiserschnitt _____ mit Saugglocke/Zange
Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft/Geburt? Nein Ja, folgende: _____

Fehlgeburten Anzahl: _____ Davon _____ Abbrüche _____ Eileiterschwangerschaften

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Google Website Facebook Empfehlung d. Familie/Freunde/Bekannte

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener

Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf 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). Ich erkläre mich mit einer Kontaktaufnahme (telefonisch, schriftlich, ggf. per Email) durch meinen behandelnden Arzt einverstanden. 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