

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patientin .....  
Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Anschrift .....  
Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

Tel. (Privat) ..... E-Mail .....

Tel. (Mobil) ..... (vorheriger) Beruf .....

Hausarzt ..... Größe ..... Gewicht .....

**Alter bei der ersten Regelblutung?** ..... **Datum letzte Regelblutung?** .....

**Rauchen Sie?**  ja /  nein /  aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? ..... Seit wann? .....

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? .....

**Operationen (Gyn.)?**  ja /  nein Wenn ja, welche: .....

**Allergien?**  ja /  nein Wenn ja, welche: .....

**Kinderwunsch?**  ja /  nein Wenn ja, seit wann: .....

**Sind Sie Schwanger?**  ja /  nein /  möglicherweise Wenn ja, in welcher Woche? .....

**Anzahl: Geburten?** ..... davon mit ..... Kaiserschnitt ..... Zange ..... Saugglocke ..... Komplikationen

**Anzahl: Fehlgeburten?** ..... **Abbrüche?** ..... **Eileiterschwangerschaften?** .....

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- Bluthochdruck  Thrombose  Schlaganfall  Herzinfarkt  Krampfadern  
 Lebererkrankung  Nierenerkrankungen  Diabetes mellitus  Epilepsie  Osteoporose  
 Hormonstörungen  Schilddrüsenerkrank.  Blutungsneigung  Arthrose  Harninkontinenz  
 Krebserkrankungen  Gemütskrankung  Asthma / COPD  Hepatitis / HIV  sonstiges

**Traten in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister / Tante mütterlicherseits) folgende Erkrankungen auf?**

- Bluthochdruck  Thrombose  Herzinfarkt  Schlaganfall  Krampfadern  
 Krebserkrankungen  Diabetes mellitus  Allergien  Geburtliche Fehlbildungen

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?**  ja /  nein Wenn Ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar)

**Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung?** .....

**Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:** .....

- Arzt  Familie  Bekannte(r)  Telefonbuch  Zeitung  Internet  Praxisschild  Sonstiges

**Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden?**  ja /  nein

**Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnisse informieren?**  ja /  nein

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

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. 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). 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