



Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, wir dürfen Sie in unserer Praxis für Frauenheilkunde herzlich begrüßen. Ihre Angaben sind freiwillig und Einwilligungen jederzeit widerrufbar.

Falls Sie schon Patientin bei meinem Vorgänger waren, bitten wir Sie um Erteilung der Einsicht in die Unterlagen von meinem Vorgänger.

Ja: Nein:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass auch der Vertretungsarzt, Zugang zu meinen Patientenunterlagen haben darf.

Ja: Nein:

Dürfen wir Sie kontaktieren, um Ihnen Befunde mitzuteilen oder falls bei Ihnen eine Untersuchung nötig sein sollte?

Ja: Nein:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass dem Hausarzt bzw. dem überweisenden Arzt nur auf expliziten Wunsch Befunde übermittelt werden.

Ja: Nein:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Befunde von mir mitbehandelnden Kollegen (z.B. Hausarzt, mitbetreuender Facharzt, Klinikarzt) mündlich und schriftlich ausgetauscht werden können.

Ja: Nein:

Hiermit bestätige ich, die in der Praxis ausliegende „Patienteninformation zum Datenschutz“ gelesen zu haben.

Ja: Nein:

Es gibt Leistungen (IGeL / Individuelle Gesundheits-Leistungen) die von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen werden. In diesem Fall werden Sie vor der Untersuchung darauf hingewiesen. Wenn Sie sich für eine Individuelle



Gesundheits-Leistung entscheiden, tragen Sie die dafür entstandenen Kosten selbst. Um uns das erste ärztliche Gespräch zu erleichtern, bitten wir Sie, uns nachfolgende Angaben zu machen.

→→ BITTE WENDEN

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.



Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Email: _____

Telefonnummer: _____ Hausarzt: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____

Erste Regelblutung, Alter: _____

Abstand (Zyklus) und Dauer der Periode: _____

Verhütung? Wenn ja welche? _____

Menopause (letzte Periode), Alter: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie? _____ Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Allergien (z.B. Pflaster,
Medikamente?): _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche?

Hatten Sie bereits Operationen? Wenn ja wann und welche? _____

Letzte Gyn. Untersuchung (Krebsvorsorge): _____

Geburten (Geburtsjahr, m/w, Normalgeburt, Kaiserschnitt): _____

Fehlgeburten: _____

Schwangerschaftsabbrüche: _____

Wichtige Erkrankungen (z.B. Herz/Kreislauf, Erbkrankheiten,
Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Infektionserkrankungen,
Epilepsie, etc.): _____

Familiäre Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen, Thrombose/Embolie,
Zuckererkrankungen etc.): _____



Darmspiegelung: _____

Mammographie: _____

Mit meiner Unterschrift bescheinige ich das oben Stehende verstanden zu haben und erkläre mich damit einverstanden.

Notfall-Kontakt Daten:

Vorname: _____

Nachname: _____

Telefonnummer _____

_____ Ort, Datum Unterschrift Patientin