

Liebe Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Bedeutung. Bitte beantworten Sie alle Fragen nach bestem Wissen. Zutreffendes bitte umkreisen. Sollten Sie sich bei einer Frage nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bestätigen Sie am Ende des Dokumentes bitte die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.
Vielen Dank

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon: Handynummer:

E-Mail:

Wenn sie eine E-Mailadresse angeben gehen wir davon aus, dass Sie damit einverstanden sind, dass wir diese ggf. auch nutzen, um sie zu kontaktieren (z.B. kurze Befundmitteilungen etc.).
Sollten sie dies nicht wünschen lassen sie das E-Mail Feld bitte leer.

Hausarzt

Wenn Sie wünschen, dass in jedem Falle ein Befundbericht an Ihren Hausarzt gesendet wird (z.B. auch bei unauffälliger Krebsvorsorge), weisen Sie den Arzt bitte zu Beginn der Behandlung darauf hin. Ansonsten gehen wir davon aus, dass Sie darauf verzichten. Sollte es Besonderheiten geben, wird Ihr Hausarzt von uns nach Rücksprache mit Ihnen informiert.

Größecm Gewicht.....kg

Vorerkrankungen:
.....
.....

Erkrankungen in der Familie:
(Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, Thrombose etc.)
.....

Rauchen Sie JA / NEIN wenn ja, wie viel am Tag



weiter zu Seite 2

Medikamenteneinnahme? JA/NEIN wenn ja, welche

.....
.....

Alter bei der 1. Regelblutung ?Jahre

Datum der letzten Regelblutung:

Operationen:

.....

.....

Allergien JA/NEIN wenn ja, welche:

.....

Sind Sie Schwanger ? JA / NEIN / möglicherweise

Anzahl der Geburten ? davonKaiserschnitte

Anzahl :Fehlgeburten

.....Schwangerschaftsabbrüche

.....Eileiterschwangerschaften

Bitte bringen sie zu Ihrem ersten Besuch Ihren Impfpass mit

.....
Datum

.....
Unterschrift