



HERZLICH WILLKOMMEN!

Ich freue mich, dass Sie mit Ihren frauenärztlichen Wünschen zu mir gekommen sind. Für eine umfassende Beratung und Behandlung ist es wichtig, neben Ihren Personalien auch Informationen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu erhalten. Bitte füllen Sie deshalb diesen Aufnahmebogen aus. Dieser ersetzt selbstverständlich nicht das persönliche Gespräch. Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientin	_____		
	Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	_____		
	Straße	Postleitzahl	Wohnort
Kontakt	_____		
	Telefon	Email	
Beruf	_____		
Versicherung	_____		
	Krankenkasse	Versicherungsnummer	
Hausarzt	_____		
	Name	Adresse	

Bitte erinnern Sie mich einmal jährlich an die Krebsvorsorge. nein ja

Bitte erinnern Sie mich mittels Email Post Telefon

Wünschen Sie einen Befundbericht für Ihren Hausarzt? nein ja

Einverständnis zur Einsicht in die Patientenakte: nein ja

Falls Sie bereits Patientin bei meiner Praxisvorgängerin (Frau Dr. Senf-Blum) waren, erklären Sie hiermit Ihr Einverständnis in die Einsicht der elektronischen sowie schriftlichen Patientenakte einschließlich Befunde.

Ihre persönlichen Termine:

Ihre Wartezeit soll so kurz wie möglich sein. Deshalb bitten wir Sie, persönliche Termine mit uns abzustimmen. Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, den Termin rechtzeitig abzusagen. Bitte haben Sie dafür Verständnis, daß Patientinnen in Notfällen terminlich nicht planbar sind.

Essen, den _____
Datum

Unterschrift



AUFNAHMEBOGEN

Aktuelle Beschwerden nein ja

Welche?

Grunderkrankungen nein ja

(z. B. Tumore, Chronische Erkrankungen)

Welche?

Herzerkrankungen nein ja

(z. B. Herzinfarkt, Rhythmusstörung)

Welche?

Kreislauferkrankungen nein ja

(z. B. Bluthochdruck)

Welche?

Stoffwechselerkrankungen nein ja

(z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)

Welche?

Blutgerinnungsstörung nein ja

(z. B. Blutungsneigung, Embolie, Thrombose)

Welche?

Infektionserkrankungen nein ja

(z. B. Gelbsucht, HIV)

Welche?

Medikamente nein ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

(z. B. Pille, Blutdruck-, Blutverdünnende Medikamente, Hormone)

Welche?

Operationen nein ja

Welche? Wann?

Schwangerschaften nein ja

Wie viele?

Geburten nein ja

Wann?

Allergien nein ja

Welche?

Familiäre Erkrankungen nein ja

Gibt es in Ihrer Familie ernsthafte Erkrankungen?

(z. B. Krebs, Stoffwechselerkrankungen)

Welche?

Aktuelles Gewicht und Größe

Gewicht (kg)

Größe (cm)

Wann war Ihre Letzte Periode?

Datum

Essen, den _____
Datum

Unterschrift