



## 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?

**Kreislaufferkrankungen**  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