



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 _____

Wünschen Sie einen Befundbericht für Ihren Hausarzt?

nein ja

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