

Sehr verehrte Patientin!

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Vor jeder guten Behandlung steht eine gute Diagnose. Sie helfen uns sehr, wenn Sie uns folgende Fragen (**3 Seiten**) bezüglich Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer medizinischen Vorgeschichte beantworten. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

	Name	
	Vorname	
	geboren am	
	Telefonnummer	
	Handynummer	
	E-Mail-Adresse	
	Postleitzahl, Wohnort	
	Straße und Hausnummer	
	Ihr Beruf	
	Ihr nächster Angehöriger (Name, Vorname, Telefon)	
	Ihr Hausarzt	
	Größe	
	Gewicht	
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie derzeit Beschwerden? Wenn ja, welche?	
	Wann (etwa) war Ihr letzter Frauen- arztbesuch / letzte gyn. Vorsorge?	
	Wann war die letzte Mammographie?	
	Wann war eine Darmspiegelung?	
	Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Periodenblutung bekamen?	
	Wann war der 1. Tag der letzten Peri- odenblutung?	
	Wie viele Tage vergehen vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächs- ten Blutung (Zyklusdauer)?	
	Wie viele Tage dauert Ihre Perioden- blutung (von Blutungsbeginn bis Blu- tungsende)?	
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Kinder? Wenn ja, in wel- chem Jahr sind sie geboren? (S=Spontangeburt; K = Kaiserschnitt)	
<input type="checkbox"/> nein	Hatten Sie schon einmal eine Fehlge- burt oder Schwangerschaftsabbruch?	<input type="checkbox"/> ja

<input type="checkbox"/> nein	Hatten Sie schon einmal eine Eileiterschwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Sind Sie zurzeit schwanger?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/> ja, zur Zeit <input type="checkbox"/> ja, evtl. später

<input type="checkbox"/> nein	Besteht krankhafter Ausfluss aus der Scheide?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Bestehen Schmerzen im Unterleib?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Bestehen Schmerzen beim Intimverkehr?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie die Pille? Wenn ja, welche und seit wann?	
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie eine Spirale? Wenn ja welche und seit wann?	
<input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie sonstige Hormone? Wenn ja, welche?	
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Medikamentenunverträglichkeiten? Welche?	

<input type="checkbox"/> nein	Wurden Sie schon einmal operiert oder bestrahlt , oder hatten Sie schon einmal eine Chemotherapie ? Wenn ja, welche?
-------------------------------	---	----------------------------------

<input type="checkbox"/> nein	Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Hepatitis / HIV <input type="checkbox"/> Asthma / COPD <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Gemütskrankheit <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Krampfanfall / Epilepsie <input type="checkbox"/> Reizdarm <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Harninkontinenz
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie einen hohen Cholesterinspiegel oder hohe Blutfettwerte (Triglyceride)?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Haben Sie Gerinnungsstörungen (z. B. Faktor V-Mangel)?	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein	Neigen Sie zu	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Erschöpfung <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Traurigkeit <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit <input type="checkbox"/> Herzrasen <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche
<input type="checkbox"/> nein	Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich

<input type="checkbox"/> nein	Gibt es in Ihrer Familie Frauen mit Brustkrebs? Wenn ja, wer?	
<input type="checkbox"/> nein	Traten in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> andere Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> Asthma / COPD <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> nein	Nehmen Sie Medikamente: Wenn ja, welche? (Gern können Sie uns auch Ihren Medikationsplan aushändigen)
	Wie ernähren Sie sich?	<input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan
<input type="checkbox"/> nein	Trinken Sie Kaffee?	<input type="checkbox"/> weniger als 3 Tassen am Tag <input type="checkbox"/> mehr als 3 Tassen am Tag
<input type="checkbox"/> nein	Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> 2x in der Woche oder mehr <input type="checkbox"/> täglich
<input type="checkbox"/> nein	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nicht mehr <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich
<input type="checkbox"/> nein	Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> und zwar
	Kontakt zu unserer Praxis durch	<input type="checkbox"/> Empfehlung Arzt <input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Empfehlung Familie <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung Bekannte <input type="checkbox"/> Praxisschild <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> nein	Wir planen ein sogenanntes Recall-System für unsere Praxis. Möchten Sie in dem Fall an Vorsorgetermine erinnert werden?	<input type="checkbox"/> ja

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung (DSGVO)

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Ich verzichte auf die Berichtspflicht gem. §73 Abs.1b SGB V. Dies kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Datum	Unterschrift der Patientin
-------	----------------------------