

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden und die Behandlung wesentlich sind. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

## KONTAKTDATEN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ/Ort	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat	Telefon mobil	Hausarzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	Größe	Gewicht

## ALLGEMEINE ANAMNESE

1. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen?

---

---

---

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

3. Welche? \_\_\_\_\_

---

4. Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? ja nein

5. Welche? \_\_\_\_\_

---

6. Rauchen Sie? ja nein

7. Konsumieren Sie Alkohol/ Drogen? ja nein

8. Hatten Sie Operationen? ja nein

9. Wann und welche? \_\_\_\_\_

---

10. Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten?

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied in welchem Alter? \_\_\_\_\_

---

---

11. Gibt es in Ihrer Familie Formen von Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien sowohl

geistiger als auch körperlicher Art? Wenn ja, bei welchem Familienmitglied? \_\_\_\_\_

---

## GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

13. Wann war Ihre letzte Periode? \_\_\_\_\_

14. Wie lange dauert Ihr Zyklus? \_\_\_\_\_

15. Anzahl und Jahre Ihrer Geburt/en,\* Kaiserschnitt/e \* \_\_\_\_\_

\*Geburtsjahr

17. Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen? ja nein

Wann und welche? \_\_\_\_\_

19. Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge (PAP-Abstrich) beim Frauenarzt? \_\_\_\_\_

20. Wann wurde die/der letzte Mammographie/Brustultraschall durchgeführt? \_\_\_\_\_

21. Wann hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? \_\_\_\_\_

22. Mit welcher Methode verhüten Sie? \_\_\_\_\_

23. Nehmen Sie Hormone ein? ja nein

Welche und seit wann? \_\_\_\_\_

25. Leiden Sie an ungewolltem Urinverlust? Wenn ja, wie sehr stört es Sie auf einer Skala von 0 - 10 \_\_\_\_\_

26. Haben sie ein Fremdkörper- oder Vorfallgefühl in der Scheide? \_\_\_\_\_

27. Verwenden Sie eine Vaginalcreme? ja nein Welche? \_\_\_\_\_

28. Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

Hausarzt

Internet

Von Bekannten - Name: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

29. Dürfen wir Sie in unser Recall-System aufnehmen? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit meiner Angaben und willige in die Verarbeitung meiner Daten ein (siehe Datenschutzerklärung).

Datum, Unterschrift

### DATENSCHUTZ

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Ich erkläre mich mit einer Kontaktaufnahme (Telefon, E-Mail, schriftlich) durch meine behandelnde Ärztin und Ihre Partnerinnen einverstanden. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

