



Sehr geehrte Frau _____,

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Unsere Mitarbeiterinnen und wir hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen.

Wir bitten Sie um Ihre Hilfe beim Anlegen und Aktualisieren Ihrer Patientenakte, indem Sie unseren Aufnahmebogen ausfüllen. Selbstverständlich sind Ihre Angaben freiwillig und werden vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie auch die Fragen zu Ihrem Versicherungsstatus vollständig, da viele Versichertenkarten nicht immer aktuell sind.

Nehmen Sie sich Zeit.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich gern an uns oder unsere Mitarbeiterinnen.

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____ Handynummer: _____

Adresse (Straße / PLZ / Wohnort): _____

Familienstand: _____ Krankenkasse: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Hausarzt (Name / Ort): _____

Dürfen wir eine Nachricht auf Ihren Anrufbeantworter/Ihre Mailbox sprechen, wenn wir Sie einmal erreichen müssen?

Ja

Nein

Datenschutz - Unsere Praxis setzt die EU-Datenschutz-Grundverordnung um. Über Einzelheiten informieren wir Sie auf einem gesonderten Merkblatt.

Datum, Unterschrift

Schwangerschaften:

Jahr	Entbindungsart (Spontangeburt, Kaiserschnitt, Eileiterschwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt)	Kind gesund?	Erkrankung während der Schwangerschaft
		Ja Nein	

Wann war Ihre letzte **Regelblutung (1. Tag)**? _____ Zyklus regelmäßig: Ja Nein

Sind Sie gegen **Gebärmutterhalskrebs (HPV)** geimpft? Ja, im Jahr _____ Nein

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Wenn ja, geben Sie bitte Namen und Dosierung an Nein

Rauchen Sie? Ja, _____ Zigaretten am Tag Nein

Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose, Embolie, usw.)

Operationen (bitte geben Sie die Art der OP an) _____

Wie **verhüten** Sie? _____

Bestehen **Allergien**? _____

Wann war Ihre letzte **Krebsvorsorge**? _____ Monat / Jahr

Wann war Ihre letzte **Mammografie**? _____ Monat / Jahr

Wurde schon einmal eine **Darmspiegelung** gemacht? _____ Monat / Jahr

Gibt es in Ihrer Familie **folgende Erkrankungen**?

Brustkrebs Eierstockkrebs Gebärmutterhalskrebs Herzinfarkt

Schlaganfall Thrombose / Embolien

Befundübermittlung

Seit dem **01.04.2005** sind wir verpflichtet, alle Untersuchungsergebnisse automatisch an den Hausarzt bzw. überweisenden Facharzt zu übermitteln. Sind Sie damit einverstanden, dass wir dies nur bei auffälligen Befunden tun?

Ja Nein