

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

<b>Name:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____
<b>Geburtsdatum:</b> _____	<b>Telefonnummer:</b> _____
<b>E-Mail-Adresse:</b> _____	<b>Handynummer:</b> _____
<b>Adresse (Straße / PLZ / Wohnort):</b> _____	
<b>Familienstand:</b> _____	<b>Krankenkasse:</b> _____
<b>Beruf/Tätigkeit:</b> _____	
<b>Größe:</b> _____	<b>Gewicht:</b> _____
<b>Hausarzt (Name / Ort):</b> _____	

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	
		Ja    Nein	
		Ja    Nein	
		Ja    Nein	
		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