

Dr. Stefan Eckelmann

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. 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.

Patientin
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) (vorheriger) Beruf

Hausarzt Größe Gewicht

Alter bei der ersten Regelblutung? _____ **Datum letzte Regelblutung?** _____

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Operationen (Gyn)? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Allergien/Unverträglichkeiten? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Kinderwunsch? ja / nein Wenn ja, seit wann: _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein / möglicherweise Wenn ja, in welcher Woche? _____

Anzahl: Geburten? _____ davon mit _____ Kaiserschnitt _____ Zange _____ Saugglocke _____ Komplikationen

Anzahl: Fehlgeburten? _____ **Abbrüche?** _____ **Eileiterschwangerschaften?** _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt Krampfadern
- Lebererkrankung Nierenerkrankungen Diabetes mellitus Epilepsie Osteoporose
- Hormonstörungen Schilddrüsenerkrank. Blutungsneigung Arthrose Harninkontinenz
- Krebserkrankungen Gemütskrankung Asthma / COPD Hepatitis / HIV sonstiges

Traten in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister / Tante mütterlicherseits) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Krampfadern
- Krebserkrankungen Diabetes mellitus Allergien Geburtliche Fehlbildungen

Nehmen Sie Medikamente ein? ja / nein

Wenn Ja, welche (z.B. Pille (Name des Präparats?)), ASS, Hormonersatztherapie (Name des Präparats?)

Letzte gyn. Untersuchung? _____(Jahr) **Letzter Krebsvorsorgeabstrich?** _____(Jahr)

Letzte Mammographie? _____(Jahr) **letzte Darmspiegelung** _____(Jahr)

HPV-Impfung vorhanden? JA, vollständig **oder** JA, unvollständig / NEIN / UNKLAR

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

- Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie über Früherkennungstermine informiert werden? Ja, alle 3 oder 6 oder 12 Monate / nein

Datum Unterschrift