

**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? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

**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, ASS, Hormonersatztherapie)

**Letzte gyn. Untersuchung?** \_\_\_\_\_ (Jahr) **Letzte Mammographie?** \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:** \_\_\_\_\_

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

**Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden?**  ja /  nein

Dürfen wir Ihnen als Service unseren **E-Mail-Gesundheitsbrief** mit neuesten medizinischen Erkenntnissen zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?

ja /  nein

.....  
Datum Unterschrift