

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 _____
 Tel. (Privat) _____ E-Mail _____
 Tel. (Mobil) _____ Beruf _____

Alter bei der ersten Regelblutung? _____ Alter bei letzter Regelblutung? _____
 Datum der letzten Periode? _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Verhüten Sie? nein ja, mit Pille Kondom Spirale Ring Präparat _____
 Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? ____ Seit wann? ____
Operationen (Gyn.)? ja / nein **Wenn ja, welche:** _____
 Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____
 Kinderwunsch aktuell? ja / nein
 Sind Sie schwanger? ja / nein / möglicherweise Wenn ja, im wievielten Monat?

Anzahl Geburten? _____ davon _____ normal _____ Kaiserschnitt/e _____ Zange/Saugglocke/n
 Wann? _____

Anzahl: Fehlgeburten? _____ Abbrüche _____ Eileiterschwangerschaften? _____ O li. O re.

Haben oder hatten Sie einer oder mehrere der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

Gerinnungsstörung Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt
 Migräne Bluthochdruck Lebererkrankung Blutungsneigung
 Epilepsie Osteoporose Hormonstörung Schilddrüsenerkrankung
 Harninkontinenz Hepatitis/HIV Sonstige _____
 Krebserkrankungen, wenn ja, welche? _____

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

Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Geburtliche Fehlbildungen
 Erbkrankheiten Krebserkrankungen, welche, wer? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? ja / nein Wenn ja, welche? (ASS, Marcumar)

Sind die gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs-Virus) geimpft? ja / nein

Wann war die letzte gyn. Krebsvorsorge? _____ Bei wem? _____
 Wann war die letzte Mammographie? _____ Bei wem? _____
 Wann war die letzte Darmspiegelung? _____ Bei wem? _____

Grund Ihres Besuches? _____

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung
Zur Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und
Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich behandeln. Aus diesem Grund kann es sein, dass wir Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis.

Mit Ihrer Unterschrift und der Auswahl einer der untenstehenden Möglichkeiten erteilen Sie unserer Praxis

Frauenarztpraxis Dr. med. Andreas Firnschild
Münchener Str. 33b, 91154 Roth

die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Mehr Sicherheit durch Vorsorge – Wir erinnern Sie gern daran!

Gesundheit ist unser höchstes Gut. Die Wahrung Ihrer Gesundheit ist auch uns als Ihrem Praxisteam sehr wichtig. Einen bedeutenden Beitrag hierzu können Sie selbst durch die Einhaltung regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen leisten.

Um Ihnen zusätzliche Sicherheit geben zu können, bieten wir Ihnen an, Sie an alle wichtigen Untersuchungen rechtzeitig zu erinnern. **Und das natürlich für Sie kostenlos.**

ja, ich möchte erinnert werden an:

- **Vorsorgeuntersuchung**, einmal jährlich
- **Nein**, ich habe kein Interesse und möchte nicht an meine Vorsorgetermine erinnert werden.

Wie können wir Sie erreichen?

E-Mail Adresse: _____

Gerne können Sie Ihre Termine auch online über unsere Homepage
www.frauenarzt-firnschild.de
buchen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____