

- Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
- Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_
- Telefon / Handy: \_\_\_\_\_
- Versicherung: \_\_\_\_\_
- Beruf: \_\_\_\_\_ Sind Sie: ledig / verheiratet / geschieden
- Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_
- Wann war der 1. Tag Ihrer letzten Periode? \_\_\_\_\_ Erste Periode in welchem Alter? \_\_\_\_\_
- Kommt Ihre Periode regelmäßig? Ja  nein  in welchem Abstand? \_\_\_\_\_ Tage
- Dauer der Periode \_\_\_\_\_ Tage
- Anzahl der bisherigen Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Anzahl der Fehlgeb./Abbrüche \_\_\_\_\_
- Wie haben sie Entbunden? \_\_\_\_\_ Menopause (letzte Periode) – wann : \_\_\_\_\_
- Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden ? \_\_\_\_\_

**ja      nein**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit? .....<br>Wenn ja, gegen welche? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wie verhüten Sie? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie Hormone ein (Klimakterium, Schilddrüse ...)? _____<br>Wenn ja, welche? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nehmen Sie Medikamente ein ? _____<br>Wenn ja, welche? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ist in Ihrer Familie Brustkrebs aufgetreten? .....<br>Wenn ja, welcher Verwandtschaftsgrad? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gibt es in Ihrer Familie Krebs an Gebärmutter <input type="checkbox"/> Eierstöcken <input type="checkbox"/> oder Darm <input type="checkbox"/><br>Wenn ja, welcher Verwandtschaftsgrad? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hatten Sie Operationen? .....<br>Wenn ja, welche? Wann? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hatten Sie eine Thrombose oder Embolie, Schlaganfall oder Herzinfarkt?.....<br>In Ihrer Familie? (Eltern Großeltern, Geschwister).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja wie oft? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden

12. Kinderkrankheiten       Röteln     Windpocken     Masern/Mumps     Keuchhusten

13. Bestehen bei Ihnen zurzeit andere Erkrankungen außerhalb des gynäkologischen Fachgebietes?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten  | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Magenleiden      | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutungsleiden  | <input type="checkbox"/> Thromboseneigung   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis        | <input type="checkbox"/> Krebsleiden     | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit |
| <input type="checkbox"/> Gemütsleiden     | <input type="checkbox"/> HIV             | <input type="checkbox"/> Migräne            |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges        | <input type="checkbox"/> Keine           |   |

Da es sich bei unserer Praxis um eine reine Terminpraxis handelt, bitten wir Sie um Verständnis, dass wir bei nicht wahrgenommenen Terminen, die nicht mindestens 24h vorher storniert werden, ein Ausfallhonorar berechnen können (mindestens 35€).

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen ([www.drdathe.de/Datenschutz/](http://www.drdathe.de/Datenschutz/) oder ausgehändigt).

Wir haben einen Erinnerungs-Service eingerichtet und bieten Ihnen an, Sie an fällige Kontrolluntersuchungen zu erinnern. Das dürfen wir nur mit Ihrem Einverständnis tun:

**Bitte erinnern Sie mich bis auf Widerruf an fällige Kontrolluntersuchungen**

**Ja**        **Nein**     Bitte auf der 1. Seite die Daten prüfen

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_