

Liebe zukünftige Patientin,
wir freuen uns, Sie schon bald in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für einen reibungslosen Ablauf bitten wir Sie, diesen Bogen im Vorfeld auszufüllen und zu Ihrem ersten Besuch mitzubringen.
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Name: **Vorname:**
Geburtsdatum: **Familienstand:**
Straße:
PLZ und Wohnort:
Telefon: **mobil:**
E-Mail:

Krankenkasse:

Beruf:
Bevorzugte Terminzeit: ☐ vormittags ☐ nachmittags
Hausarzt (mit Adresse und Telefonnummer):

Vorerkrankungen:

- Herz, Lunge, Leber, Magen, Darm, Niere, Diabetes, Schilddrüse
☐ nein ☐ ja, welche
- Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis, Tuberkulose)
☐ nein ☐ ja, welche
- Depressionen / psychische Erkrankungen
☐ nein ☐ ja, welche
- Thrombose / Embolie
☐ nein ☐ ja, welche
- Genetische Erkrankungen
☐ nein ☐ ja, welche
- Allergien
☐ nein ☐ ja, welche

Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wie viele Zigaretten/Tag

Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ ja, wie häufig?

Familiäre Vorbelastung (genetische Erkrankungen, Krebserkrankungen, Thrombose, Bluthochdruck,...):



Frauenärzte
Dr. med. (Syr.) Ahmad Hamdi Alashkar
& Dr. med. Diana Beute
Gevelsberg

Medikamente:

Operationen:

Gynäkologische Operationen (Ausschabungen, OP an: Gebärmutter, Eierstöcken, Eileitern, Brüsten, Bauchspiegelungen):

Anzahl der Schwangerschaften (inkl. Fehlgeburten):

Geburten (Jahr, Modus (spontan/Saugglocke/Kaiserschnitt), Komplikationen (z.B. Frühgeburt, Nachblutungen):

Erste Periode (Alter):

Letzte Periode:

Wie viele Tage bluten Sie:

Zykluslänge (Anzahl der Tage zwischen den Periodenblutungen):

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? ☐ ja ☐ nein

Ist Ihre Blutung ☐ stark ☐ normal ☐ schwach

Schmierblutung vor der Periode? ☐ ja ☐ nein

Zwischenblutungen? ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Verhütung:

Sind Sie zufrieden mit Ihrer aktuellen Verhütung? ☐ ja ☐ nein

Welche sonstigen Verhütungsmaßnahmen haben Sie ausprobiert?

Letzte gynäkologische Untersuchung:

Gab es jemals auffällige gynäkologische Vorbefunde? ☐ ja ☐ nein

Mammographie:

Darmspiegelung:

Grund Ihres Besuches / Beratungswünsche:

Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten / Hinweis zu freiwilligen Angaben:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum

Unterschrift