

Patientenaufnahmebogen
der Frauenärztinnen Heide Schweigart & Barbara Gerling & Dr. med. Dagrún Dewes
Frau Dr. Ramona Wille (angestellte Ärztin)

Herzlich Willkommen in unserer Praxis,

wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen! Mit diesem Fragebogen heben wir „Unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung auf. Füllen Sie ihn bitte in Ruhe aus. Sollten Sie Fragen haben, so hilft Ihnen gerne eine Mitarbeiterin.

Persönliche Daten:

Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre neue Krankenakte anzulegen und um eine korrekte Abrechnung zu erstellen. Bitte beantworten Sie diese Fragen vollständig, da viele Krankenversichertenkarten nicht immer aktuell sind!

Krankenkasse:

Versichert als: Mitglied Familienmitglied Rentner

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße; Hausnummer:

PLZ; Wohnort:

Hausarzt; Internist:

Kontakt Bitte unbedingt angeben, diese Angaben sind wichtig für Befundmitteilungen!

Privat:

Geschäft :

Mobil:

E Mail Adresse:

Datenschutz und Sicherheit

Sollte ich mich während des Urlaubs oder im Krankheitsfall vertreten lassen, benötigt die Kollegin/ der Kollege eine möglichst umfassende Kenntnis Ihrer Vorbefunde. Ich bitte Sie um Ihr ausdrückliches Einverständnis zur Einsichtnahme in Ihre Praxisakte.

Datum/Unterschrift: _____
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner oben angegebenen Daten und erteile mein Einverständnis

BITTE WENDEN!!

Ihre Vorgeschichte ?

Diese Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil! Sie erlaubt dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Familienstand ledig verheiratet getrennt/geschieden
 verwitwet Lebensgemeinschaft

Beruf _____

<u>Eltern:</u>	<u>Großeltern:</u>	<u>Geschwister:</u>
<input type="radio"/> Krebs (wer/was)	<input type="radio"/> Krebs (wer/was)	<input type="radio"/> Krebs (wer/was)
<input type="radio"/> Zucker	<input type="radio"/> Zucker	<input type="radio"/> Zucker
<input type="radio"/> Herzinfarkt	<input type="radio"/> Herzinfarkt	<input type="radio"/> Herzinfarkt
<input type="radio"/> Lungenembolie	<input type="radio"/> Lungenembolie	<input type="radio"/> Lungenembolie
<input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/> Schlaganfall
<input type="radio"/> Thrombose	<input type="radio"/> Thrombose	<input type="radio"/> Thrombose
<input type="radio"/> hoher Blutdruck	<input type="radio"/> hoher Blutdruck	<input type="radio"/> hoher Blutdruck und/oder

Eigene Erkrankungen: Krebs (welche Art?) hoher Blutdruck
 Zucker Herzinfarkt
 Thrombose Sonstige _____
 Lungenembolie
 Schlaganfall Allergien(welche)? _____

Eigene Operationen: _____ in welchem Jahr ? _____

Wann war Ihre letzte Mammographie? _____

Geburten: keine
1. Geburt/Jahr: _____ spontan Saugglocke Kaiserschnitt gestillt Geburtsgewicht

2. Geburt/Jahr: _____ spontan Saugglocke Kaiserschnitt gestillt Geburtsgewicht

3. Geburt/Jahr: _____ spontan Saugglocke Kaiserschnitt gestillt Geburtsgewicht

1. Regelblutung mit _____ Jahren
letzte Regelblutung (1. Blutungstag) _____
Abstand zwischen 1. Blutungstag bis nächsten 1. Blutungstag _____

Wie verhüten Sie? _____
z.B. Pille, Kondome, Sterilisation usw. / Name des Präparates

Medikamente: regelmäßig ! _____

Zigaretten: wenn ja wie viel ? Alkohol

Größe: Gewicht: Letzte Tetanus/Diphtherie Impfung:
Röteln Impfung:
HPV Impfung:

HERZLICHEN DANK - IHR PRAXISTEAM