

Patientenaufnahmebogen

der Frauenärztinnen Heide Schweigart & Barbara Gerling

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	<input type="radio"/> Mitglied <input type="radio"/> Familienmitglied <input type="radio"/> Rentner
Name / Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Hausarzt/Internist ?	
Telefonnummern !	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

Erinnerungspost:

Wenn Sie möchten, erinnern wir Sie in Zukunft schriftlich, telefonisch oder per E-Mail an wichtige Kontrolltermine.

Ja, bitte erinnern Sie mich! Datum/Unterschrift: _____

Nein

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

1. Regelblutung mit _____ Jahren letzte Regelblutung mit _____ Jahren

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

Wie verhüten Sie? _____
z.B. Pille, Kondome, Sterilisation usw.

Medikamente: regelmäßig ! _____

Zigaretten: wenn ja wie viel ? Alkohol

Derzeitige Beschwerden: _____
oder andere Gründe, wie z.B. Krebsvorsorge

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

HERZLICHEN DANK - IHR PRAXISTEAM SCHWEIGART/ GERLING