



Sehr geehrte Patientin,
bitte füllen Sie diesen Bogen bei der Erstanmeldung aus – bitte in Druckbuchstaben!
Sie erleichtern uns die Arbeit damit sehr. V i e l e n D a n k !

Name _____ Vorname _____ Geb.datum _____

Straße _____ PLZ/ Wohnort _____

Tel. priv. _____ Tel. geschäftl. _____

Tel. mobil _____ E-Mail _____

Gesetzliche Krankenkasse: _____ Pflicht- / Freiwillig versichert/ Nicht versichert

Privat versichert: ja / nein? Versicherung: _____ mit / ohne Beihilfe?

Hauptversicherter _____ Geb. datum _____

Hausarzt _____ Anschrift _____ Tel _____

Beruf _____ Familienstand: ledig / verh. / gesch. / verw.

Allergien? _____ Zigaretten ja / nein? wie viele pro Tag? _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____ 1. Regelblutung mit _____ Jahren; Blutgruppe/Rhesus? _____

Hatten Sie Röteln? ja/nein/Impfung (Jahr) _____ Windpocken? ja/nein/Impfung (Jahr) _____

Letzte Mammographie? _____ Darmspiegelung? _____ Knochendichtemessung? _____

Familiär: O Brustkrebs, O Darmkrebs, O Osteoporose, O Thrombose, O Herzinfarkt, O Schlaganfall, O Diabetes

Schwere eigene Erkrankungen (welche / wann?) _____

Operationen (welche / wann?): _____

Schwangerschaften: ja / nein? Kinder (Jahr/Monat) _____ davon Kaiserschnitt: _____

Fehlgeburten: ___ Abbrüche: ___ Medikamente derzeit: _____

Letzter Besuch bei Frauenarzt? _____ Hausarzt/Internisten? _____ Hautarzt? _____

Letzte Periode (1. Tag)? _____

Zyklus: regelmäßig/unregelmäßig (ohne Pille!) alle ___ Tage? Dauer: ___Tage? Regelschmerzen: ja/nein?

Verhütung: ja / nein? Pille / Nuvaring / Spirale / Sterilisation /Sonstige? _____ Seit wann? _____

Wie sind Sie zu mir gekommen: O Empfehlung O Telefonbuch O Internet O Zeitung O Sonstige: _____

Wie sollen wir Sie über auffällige Befunde o.ä. informieren: O Email O Brief

Ich bin einverstanden, wenn Sie mich über anstehende Kontrolluntersuchungen bzw. Neuerungen im Bereich der Prävention informieren. Ja / Nein?

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes ist Ihre Zustimmung bei der Weitergabe Ihrer
Behandlungsunterlagen an ärztliche Praxisvertreter oder -nachfolger erforderlich.
Sie können ganz sicher sein, dass Ihre Daten streng vertraulich behandelt werden!

Mit der Weitergabe bin ich einverstanden. Ja / Nein?

München, den _____ Unterschrift: _____