



gesundheitsfragebogen

Name: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Körpergröße in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____ in _____

Brief an den Hausarzt gewünscht? Ja Nein

Liebe Patientin,

alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte gerne im persönlichen Gespräch nach.

Allgemeine Fragen

1. Aktueller Vorstellunggrund _____

2. Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____

3. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?
 Thrombose Diabetes Depression
 Gerinnungsstörung Osteoporose Morbus Crohn
 Bluthochdruck Herzinfarkt Schlaganfall
 sonstige: _____

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

5. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

6. Hatten Sie bereits Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

7. Ist Ihr Impfpass aktuell? Ja Nein

Bitte legen Sie Ihren Impfpass einmal jährlich vor.

8. Sind Sie gegen die folgenden Erkrankungen geimpft?

HPV (Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs) Ja Nein

Windpocken Ja Nein

Mumps/Masern/Röteln Ja Nein

Diphtherie/Tetanus/Keuchhusten Ja Nein

Grippe Ja Nein

9. Wann wurde die letzte Mammographie durchgeführt? _____

10. Wann wurde die letzte Darmspiegelung durchgeführt? _____

11. Gibt es familiäre Krebserkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

12. Sonstige familiäre/vererbare Erkrankungen?

13. Mit welcher Methode verhüten Sie? _____

14. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____ Ja Nein

15. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

16. Nehmen Sie Drogen oder substituieren Sie? Ja Nein

gesundheitsfragebogen

Fragen zur Schwangerschaft

17. Sind sie schwanger? Ja Nein Unsicher
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____
18. Besteht ein Kinderwunsch? Ja Nein
Wenn ja, seit wann? _____
19. Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften _____
20. Vorangegangene Geburten:
- | Geburtsjahr | Schwanger-
schaftswoche | Gewicht | | |
|-------------|----------------------------|---------|------------------------------|------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | <input type="radio"/> Normal | <input type="radio"/> Sectio |
| _____ | _____ | _____ | <input type="radio"/> Normal | <input type="radio"/> Sectio |
| _____ | _____ | _____ | <input type="radio"/> Normal | <input type="radio"/> Sectio |
| _____ | _____ | _____ | <input type="radio"/> Normal | <input type="radio"/> Sectio |
21. Komplikationen bei vorangegangenen Schwangerschaften:

22. Kindliche Erkrankungen: _____
23. Anzahl der Fehlgeburten: _____
24. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche: _____

Fragen zur Menstruation

25. Ist Ihr Zyklus regelmäßig? Ja Nein
26. Beginn der letzten Periode: _____
27. Dauer vom 1. Tag der Periode bis zum nächsten 1. Tag: _____
28. Anzahl Blutungstage: _____
29. Besonderheit zur Blutung: lang stark schmerzhaft

Informationen zur Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir und andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Um mehr Informationen hinsichtlich des Datenschutzes in dieser Praxis zu erhalten, beachten Sie den Aushang im Wartezimmer oder lassen Sie sich die Patienteninformation zum Datenschutz an der Rezeption aushändigen.

Datum, Unterschrift Patient/in

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

30. Ich bevollmächtige folgende Personen

- Auskünfte über meine Behandlung zu erhalten
(Schweigepflichtsentbindung)

zur Abholung von

- Rezepten Überweisungen
 Befunden jeglicher Art Heil- und Hilfsmittel

Allgemeine Fragen

31. Dürfen wir Sie an Ihren nächsten Vorsorge- /
Kontrolltermin erinnern?

- telefonisch E-Mail

Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit
widerrufen werden.

Fragen Sie bei Unklarheiten bitte nach.

Datum, Unterschrift Patient/in

Datum, Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)