

Dr. Schlee
WILLKOMMEN IN UNSERER
FRAUENARZTPRAXIS

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Telefonnummer und Handynummer _____

Email _____ Beruf _____

Adresse _____

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Beginn Ihrer letzten Regelblutung _____

Erste Periode im Alter von... _____

Liegen bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten vor? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____ Wie lange dauert Ihr Zyklus? _____

	Anzahl Ihrer Geburt/en	Monat / Jahr
Natürliche Geburten	_____	_____
Saugglocke/ Zange	_____	_____
Kaiserschnitte	_____	_____
Fehlgeburten	_____	_____
Schwangerschaftsabbrüche	_____	_____

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? ☐ Ja ☐ Nein

Welche und wann? _____ Sonstige OP's? _____

Wurde die HPV Impfung durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie an einer der folgenden Krankheiten oder Infektionen leiden oder litten

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Gerinnungsstörung | ☐ Schlaganfall | ☐ Osteoporose |
| ☐ Blutungsneigung | ☐ Herzinfarkt | ☐ Harninkontinenz |
| ☐ Thrombose | ☐ Bluthochdruck | ☐ Wechseljahrsbeschwerden |
| ☐ Hepatitis | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Schilddrüsenerkrankungen |
| | | ☐ Krampfadern / Varizen |
| ☐ Sonstiges : _____ | | |

Dr. Schlee

ANMELDEFORMULAR

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied? _____

Welche Verhütungsmethode nutzen Sie?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| ☐ Pille | ☐ Kondom | ☐ Vaginalring |
| ☐ Hormonspirale | ☐ Verhütungsstäbchen | ☐ keine |
| ☐ Kupferspirale | ☐ Sterilisation | |

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Sind sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Wann war die letzte Darmspiegelung? _____

Wann waren Sie zuletzt bei der Mammografie? _____

Wann waren Sie zuletzt bei der gynäkologischen Vorsorge? _____

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. Jeanette Schlee meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können und mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weiter behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (Zytologischer Befund, Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____