

AUFNAHMEBOGEN



SANAGYN

RUND UM DIE FRAU

ZENTRUM FÜR FRAUENGESUNDHEIT

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS! SCHÖN, DASS SIE DA SIND!

Um Sie möglichst umfassend betreuen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

KONTAKTDATEN:

Vorname: Straße, Nr.: Telefon/Mobil:.....
Nachname:..... PLZ, Ort: E-Mailadresse:.....
Hausarzt:

PERSÖNLICHE DATEN:

Beruf: Geburtsdatum: Letzter Frauenarztbesuch:
Größe in cm: Gewicht in kg: Letzte Monatsblutung:
Zigaretten/Tag: Alkohol/Tag: Ist Ihre Blutung regelmäßig:
(Abstand/Dauer)

GESUNDHEITLICHE ANGABEN:

Wie verhüten Sie derzeit? (Pille/Spirale/Kondom)

Geburt/en (In welchem Jahr? Spontan oder Kaiserschnitt?):

Fehlgeburten/Abtreibung (In welchem Jahr?):

Wurden Sie schon einmal operiert? (alle Operationen) NEIN JA Was/Wann?

Gab es Probleme bei der Narkose? NEIN JA Welche?

Leiden Sie unter Allergien? NEIN JA Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? NEIN JA Welche?

Hatten Sie bereits Thrombose, Embolie oder einen Schlaganfall? NEIN JA Welche?

Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie? NEIN JA Welche?

z.B. Thrombose/Embolie/Schlaganfall/Herzinfarkt/Krebs (Brust-, Eierstock-, Darmkrebs)

LEIDEN SIE UNTER:

Bluthochdruck? NEIN JA

Diabetes Mellitus? NEIN JA

Schilddrüsenerkrankungen? NEIN JA

Herzkrankungen? NEIN JA

Nierenerkrankungen? NEIN JA

Blutgerinnungsstörungen? NEIN JA

Krebserkrankungen? NEIN JA

Neurologischen Erkrankungen? (z.B. Migräne, Epilepsie, Depressionen) NEIN JA

Anderen Erkrankungen? (Hepatitis, HIV, TBC) NEIN JA Welche?

Wie haben Sie von SANAGYN erfahren?

Möchten Sie an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? NEIN JA

Ich verpflichte mich mit meiner Unterschrift, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten der Praxis mitzuteilen und erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum: Unterschrift: