

ERSTAUFNahme-FRAGEBOGEN

Gynäkologisch / Urologisch

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem Gespräch bei der Ärztin aus. Sollten Ihnen Fragen unverständlich erscheinen, sind wir gerne behilflich.

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

männlich weiblich divers

privat versichert gesetzlich versichert

Beruf

Arbeitgeber (freiwillige Angabe)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon Arbeit

Telefon Mobil

Name und Telefon Notfallkontakt

Aktuelle Beschwerden

Welche **Beschwerden** haben Sie? Welche Bereiche sind betroffen?

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Magen / Speiseröhre | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Leber / Galle |
| <input type="checkbox"/> Nerven | <input type="checkbox"/> Muskeln | <input type="checkbox"/> Psyche | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |

Welche anderen bzw. **chronischen Krankheiten** haben Sie?

Hatten Sie schon **Operationen**? Falls ja, welche und wann?

Wann war Ihre letzte **Vorsorgeuntersuchung**?

Hausärztlich: _____ Dermatologisch: _____

Gastrologisch: _____ Gynäkologisch / Urologisch: _____

Nehmen Sie regelmäßig verschriebene oder selbst gekaufte **Medikamente** oder **Nahrungsergänzungsmittel**?

Wenn ja, welche? _____

Sind **Allergien** oder **Unverträglichkeiten** bekannt?

Medikamente: _____ Nahrungsmittel: _____

Pollen: _____ Anderes: _____

Rauchen Sie?

Falls ja, was und wie oft? _____

Trinken Sie **Alkohol**?

Falls ja, wie viel durchschnittlich pro Woche? _____

Gibt es schwere **Erkrankungen in der Familie**? Falls ja, wer und in welchem Alter ungefähr?

Herzinfarkt: _____ Schlaganfall : _____

Diabetes: _____ Asthma/COPD: _____

Rheuma: _____ Sonstige: _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme und das Recall-System einverstanden.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Ort, Datum

Unterschrift