

## Estimadas pacientes, sejam bem-vindas ao consultório do Dr. Dathe

[www.DrDathe.de](http://www.DrDathe.de) - Página 1

Para que possamos atender aos seus desejos e necessidades, respondam em primeiro lugar algumas perguntas.

1. Sobrenome, Nome                                  Data de nasc.                                  Estado civil                                  Profissão  
.....

Endereço.....

Telefone.....                                  Email.....

Como você ficou sabendo de mim? .....

2. Qual o motivo de sua visita?

Rotina (prevenção)?

SIM

NÃO

Você tem queixas urgentes?

SIM

NÃO

Quais:.....

3. Quando foi seu último período (primeiro dia de sangramento)? Dia:.....

Como funciona seu ciclo?

Regular

SIM

Irregular

SIM

Qual a idade da primeira menstruação? .....anos

4. Como você se previne?

Pílula

SIM

qual:.....

DIU (Spirale)

SIM

desde quando:.....

outros métodos  
.....

5. Que tipo de medicamento você toma regularmente?  
.....

6. Você tem filhos? Quando eles nasceram (onde, parto normal, peso)?  
.....

7. Você já se submeteu a algum tipo de operação? Quando e porque?  
.....

8. Você possui algum tipo de doença (por exemplo): Diabete ou Hipertensão arterial? HIV?  
.....

9. Você possui algum tipo de alergia conhecida? Contra remédios (como penicilina)?  
.....

10. Alguém em sua família (especialmente mãe ou irmãs) possui problema de circulação ou câncer, por exemplo: câncer de mama, câncer de colo do útero?  
.....

## Estimadas pacientes, sejam bem-vindas ao consultório do Dr. Dathe

[www.DrDathe.de](http://www.DrDathe.de) - Página 2

11. Você já tomou alguma vacina contra HPV (Gardasil)? SIM  NÃO

12. Frequentemente sofro de (favor marcar):

cansaço  exaustão  dor de cabeça  depressão  medos/ ansiedade

alergias/ neurodermatite  dores - articulações  suscetibilidade a infecções

problemas de peso

13. Eu tenho a seguinte doença crônica específica:

Hashimoto (doença da tireoide)  colite ulcerativa

Reumatismo  esclerose múltipla

Osteoartrite

14. Qual a sua altura e quantos quilos possui? .....cm .....kg

Você fuma? NÃO  SIM .....cigarros/dia desde..... Você bebe álcool? SIM  NÃO

---

Concordo que todos os médicos do consultório possam representar uns aos outros e, assim, inspecionar meus prontuários médicos.

Tomei conhecimento da Política de Privacidade ([www.drdathe.de/Datenschutz/](http://www.drdathe.de/Datenschutz/) ou pedir a folha na recepção).

Nosso consultorio baseia-se na marcação de consultas. Pedimos assim a sua compreensão que podemos cobrar uma taxa de cancelamento (no mínimo 35€) para marcações que não sejam realizadas e que não sejam canceladas com pelo menos 24 horas de antecedência.

**Voce gostaria de ser lembrado dos exames médicos preventivos?**

Sim  Não  Favor verifique os dados (endereço) na página 1

**Data**.....

**Assinatura**.....

**Muito obrigado! Dr. Olaf Dathe**