

- Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_
- Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_
- Telefon / Handy: \_\_\_\_\_
- Versicherung: \_\_\_\_\_
- Beruf: \_\_\_\_\_ Sind Sie: ledig / verheiratet / geschieden
- Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_
- Wann war der 1. Tag Ihrer letzten Periode? \_\_\_\_\_ Erste Periode in welchem Alter? \_\_\_\_\_
- Kommt Ihre Periode regelmäßig? Ja  nein  in welchem Abstand? \_\_\_\_\_ Tage
- Dauer der Periode \_\_\_\_\_ Tage
- Anzahl der bisherigen Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Anzahl der Fehlgeb./Abbrüche \_\_\_\_\_
- Wie haben sie Entbunden? \_\_\_\_\_ Menopause (letzte Periode) – wann : \_\_\_\_\_
- Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden ? \_\_\_\_\_

**ja      nein**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Besteht bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, gegen welche? _____  |                          |                          |
| 2. Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wie verhüten Sie? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie Hormone ein (Klimakterium, Schilddrüse ...)? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____  |                          |                          |
| 5. Nehmen Sie Medikamente ein ? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____  |                          |                          |
| 6. Ist in Ihrer Familie Brustkrebs aufgetreten? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher Verwandtschaftsgrad? _____   |                          |                          |
| 7. Gibt es in Ihrer Familie Krebs an Gebärmutter <input type="checkbox"/> Eierstöcken <input type="checkbox"/> oder Darm <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welcher Verwandtschaftsgrad? _____   |                          |                          |
| 8. Hatten Sie Operationen? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? Wann? _____  |                          |                          |
| 9. Hatten Sie eine Thrombose oder Embolie, Schlaganfall oder Herzinfarkt?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In Ihrer Familie? (Eltern Großeltern, Geschwister).....   |                          |                          |
| 10. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja wie oft? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden

12. Kinderkrankheiten       Röteln     Windpocken     Masern/Mumps     Keuchhusten

13. Bestehen bei Ihnen zurzeit andere Erkrankungen außerhalb des gynäkologischen Fachgebietes?

Herzkrankheiten                       Nierenerkrankungen                       Magenleiden

Lungenerkrankungen                       Blutungsleiden                       Thromboseneigung

Hepatitis                       Krebsleiden                       Infektanfälligkeit

Gemütsleiden                       HIV                       Sonstiges \_\_\_\_\_

14. Spezielle (Autoimmun-) Erkrankungen:

Bluthochdruck     Zuckerkrankheit     Hauterkrankungen, Neurodermitis

Schilddrüse (Hashimoto)     Rheuma, Arthrose                       Colitis ulcerosa     Multiple Sklerose

15. Vitamin D Mangel Symptome (MANOS) - Ich leide häufiger an:

Muskelschmerzen, Augenzucken, Krämpfe     Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Müdigkeit

Depression, Ängste, Schlaflosigkeit     Schwindel, Migräne, Kopfschmerzen, niedriger

Blutdruck, kalte Hände/Füße                       Skelettschmerzen ganzer Körper (oder Rücken, Füße, Leiste)

Da es sich bei unserer Praxis um eine reine Terminpraxis handelt, bitten wir Sie um Verständnis, dass wir bei nicht wahrgenommenen Terminen, die nicht mindestens 24h vorher storniert werden, ein Ausfallhonorar berechnen können (mindestens 35€).

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen ([www.drdathe.de/Datenschutz/](http://www.drdathe.de/Datenschutz/) oder ausgehändigt).

Wir haben einen Erinnerungs-Service eingerichtet und bieten Ihnen an, Sie an fällige Kontrolluntersuchungen zu erinnern. Das dürfen wir nur mit Ihrem Einverständnis tun:

**Bitte erinnern Sie mich bis auf Widerruf an fällige Kontrolluntersuchungen**

**Ja**        **Nein**        Bitte auf der 1. Seite die Daten prüfen

Vielen Dank!

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_