

Frauenarztpraxis  
Dr. med. H.-P. Buchinger/Dr.med. Olaf Dathe/Dr. med. Andreas Hesse  
Schwanthalerstr. 32  
80336 München

**Name:**

**Vorname:**

**Geb. Datum:**

**Adresse:**

**Telefonnummer / Handynummer:**

**Email-Adresse:**

**Aktuell ausgeübte Tätigkeit/ Beruf:**

**Krankenversicherung:**

**Private Zusatzversicherung Krankenhausleistungen:**

ja : .....

nein

Ich bin damit einverstanden, dass alle Ärzte der Gemeinschaftspraxis sich gegenseitig vertreten können und damit Einblick in meine Krankenakte nehmen dürfen.

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.

.....  
(Unterschrift)

---

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

**Ja, bitte erinnern Sie mich bis auf Widerruf an fällige Kontrolluntersuchungen**

.....  
(Unterschrift)

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.

**Bitte unbedingt auch Rückseite beachten ! →**

Frauenarztpraxis  
Dr. med. H.-P. Buchinger/Dr.med. Olaf Dathe/Dr. med. Andreas Hesse  
Schwanthalerstr. 32  
80336 München

**Sehr geehrte Patientin,**

herzlich Willkommen in unserer Praxis! Wir bitten Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Ihre Angaben auf diesem Bogen sind natürlich freiwillig. Die Fragen beziehen sich auf Ihre Vorgeschichte und Sie können durch Ihre Mitarbeit den Arztbesuch effizienter gestalten.

**Grund Ihres heutigen Besuches/ Beschwerden:**

.....

**In meiner Familie** gibt es folgende Erkrankungen:

- |                                |      |        |                                 |      |        |
|--------------------------------|------|--------|---------------------------------|------|--------|
| • Brust- oder Eierstock-Krebs  | O ja | O nein | • Infarkte/ Schlaganfälle       | O ja | O nein |
| • andere Krebserkrankungen     | O ja | O nein | • Blutgerinnungsstrg.           | O ja | O nein |
| • Stoffwechsel (z.B. Diabetes) | O ja | O nein | • Lebererkrankungen             | O ja | O nein |
| • Thrombosen/ Embolie          | O ja | O nein | • sonstige <u>schwere</u> Erkr. | O ja | O nein |

Ich wurde bisher operiert an:

(In welchem Jahr wurde was operiert?)

- |                             |      |        |       |
|-----------------------------|------|--------|-------|
| • Brust:                    | O ja | O nein | ..... |
| • Gebärmutter/ Eierstöcken: | O ja | O nein | ..... |
| • Operationen im Bauchraum: | O ja | O nein | ..... |
| • Sonstige Operationen:     | O ja | O nein | ..... |

In der Vergangenheit habe ich folgende schwere Erkrankungen gehabt (z.B. Hepatitis, Erkrankungen mit Krankenhausaufenthalt ohne Operation):

.....

Ich bin wegen folgender Beschwerden aktuell in ärztlicher Behandlung (z.B. Diabetes, Bluthochdruck...):

.....

Ich leide häufiger an: Müdigkeit , Muskel-Gelenkbeschwerden , Unverträglichkeiten , Kopfschmerzen , Verdauungsbeschwerden , Gewichtsproblemen , Depressionen , Allergien , Infektanfälligkeit

Ich nehme derzeit folgende Medikamente ein:

.....

Ich verhüte mit Pille/ Spirale (auch falls in der Vergangenheit verwendet):

- Welche: .....
- Seit wann: .....
- Nebenwirkungen bemerkt (z.B. Gewichtszunahme/ Stimmungsveränderung etc.): .....

Schwangerschaften (Anzahl/ Jahr): ..... Aktuelle Schwangerschaft: O ja

Geburten (Anzahl/ Art- z.B. Kaiserschnitt): .....

Wann war zuletzt eine Mammographie/ Sonographie (Brust bzw. Gebärmutter/ Eierstöcke): .....

Haben Sie eine HPV-Impfung („Gebärmutterhalskrebs-Schutzimpfung“): O ja O nein

Zeitpunkt der allerersten Regelblutung: .....

Zeitpunkt der (aktuell) letzten Regelblutung: ..... - keine Regelblutung mehr seit: .....

Mein Zyklus ist regelmäßig / unregelmäßig alle ..... Wochen, die Blutung dauert etwa ..... Tage, ich habe dabei / schon im Vorfeld : keine/ leichte/ starke Schmerzen. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Allergien gegen Medikamente: O nein O ja (welche: .....) )

Ich rauche .... Zigaretten täglich meine Größe ..... cm, aktuelles Gewicht ca. .... kg

Ich trinke Alkohol: O nein O ja, gelegentlich/selten O regelmässig