

Erstvorstellung

FRAUENARZTPRAXIS
DR. KATRIN DÖRNER

Name: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Wann war Ihre letzte Untersuchung und Name der Frauenärztin/des Frauenarztes: _____

Erste Regel (Alter): _____ Letzte Regel: _____

Geburten (Jahr, Besonderheiten, z.B. Kaiserschnitt, Glocke): _____

Fehlgeburten: _____ Abbruch: _____

Erkrankungen/Operationen (alle):

Andere Erkrankungen:

Herzerkrankung: _____ Darmspiegelung: _____

Gefäßerkrankungen: _____ Gallensteine: _____

Thrombose/Embolie: _____ Diabetes: _____

Lebererkrankungen: _____ Asthma: _____

Krebserkrankungen: _____ Allergien: _____

Epilepsie: _____ Migräne: _____

Nierenerkrankung: _____ Osteoporose: _____

Schlaganfall: _____ Bluthochdruck: _____

Schilddrüsenüber- oder unterfunktion: _____

Erkrankungen in der Familie (z.B. Thrombose, Gerinnungsstörungen, Diabetes, Krebserkrankungen) bei Verwandten unter 50 Jahren:

Nikotin: _____ Zigaretten pro Tag

Einnahme von Medikamenten/Pille/Hormone: _____

Vollständiger Impfschutz vorhanden? Ja Nein

Hiermit stimme ich der Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunde an den Hausarzt/Mitbehandler

zu nicht zu

bis auf Widerruf (gem. §73Abs.1b SGB V).

Datum, Unterschrift _____