



GYNÄKOLOGIE
PREYSINGPALAIS

Patientinnenaufnahmebogen

Vielen Dank, dass Sie sich für die Behandlung in unserer Praxis entschieden haben. Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich für Sie gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen zu Ihrer Krankengeschichte.

Patientinnenangaben

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobil:
Email:	Krankenkasse:

Hauptversicherte/Hauptversicherter (gilt nur für Familienversicherte)

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Versicherung:
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:

Krankengeschichte

Größe:	Gewicht:
Rauchen:	Alkohol/Drogen:
Allergien:	
Gab es bei Ihnen in der Familie:	
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Thrombose<input type="radio"/> Lungenembolie<input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen<input type="radio"/> Genetische Erkrankungen<input type="radio"/> Krebserkrankungen	



GYNÄKOLOGIE
PREYSINGPALAIS

Eigene Vorerkrankungen:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankung
- Krampfadern
- Thrombose
- Lungenembolie
- Blutungsneigung
- Migräne ohne/mit Aura
- Schwere Infektion (HIV, Tuberkulose, Hepatitis...)
- Sonstiges:

Medikamenteneinnahme:

Medikament:	Dosis:	Einnahme: Morgens-mittags-abends
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Operationen:

Operation:	Jahr:	Ort:
1.		
2.		
3.		



GYNÄKOLOGIE
PREYSINGPALAIS

4.		
5.		
Krebserkrankung:		
Diagnose		
Jahr der Erstdiagnose		
Behandelndes Krankenhaus		
Operation		
Bestrahlung		
Chemotherapie		

Gynäkologische Krankengeschichte

Erste Periode:	Letzte Periode:
Schmerzen bei der Periode/PMS?	Wechseljahressymptome: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hitzewallungen <input type="radio"/> Schlafstörungen <input type="radio"/> Haarausfall <input type="radio"/> Gelenkschmerzen <input type="radio"/> Sonstige:
Zykluslänge: Blutungsdauer:	Hormontherapie: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja (wann?) <input type="radio"/> Nein
Verhütungsmittel:	
Fehlgeburten: SSW: Ausschabung: ja/nein?	Schwangerschaftsabbrüche: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Medikamentös <input type="radio"/> Ausschabung
Auffällige PAP Abstriche:	HPV-Impfung: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein



GYNÄKOLOGIE
PREYSINGPALAIS

Gab es bei ihren vorherigen
Frauenarztbesuchen Auffälligkeiten
(Zysten? Myome? Infektionen? ...)?

Geburten:

1. Geburt <ul style="list-style-type: none">○ Vaginale Entbindung○ Kaiserschnitt	Jahr: Geburtsgewicht des Kindes: Schwangerschaftswoche: Komplikationen:
2. Geburt <ul style="list-style-type: none">○ Vaginale Entbindung○ Kaiserschnitt	Jahr: Geburtsgewicht des Kindes: Schwangerschaftswoche: Komplikationen:
3. Geburt <ul style="list-style-type: none">○ Vaginale Entbindung○ Kaiserschnitt	Jahr: Geburtsgewicht des Kindes: Schwangerschaftswoche: Komplikationen:
4. Geburt <ul style="list-style-type: none">○ Vaginale Entbindung○ Kaiserschnitt	Jahr: Geburtsgewicht des Kindes: Schwangerschaftswoche: Komplikationen:



GYNÄKOLOGIE
PREYSINGPALAIS

Befundübermittlung via Email:

Ich bin damit einverstanden, dass mit auf eigenen Wunsch Befunde per Mail übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübermittlung sein kann

- Ja
- Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber weiterbehandelnden Ärzten:

Die Gemeinschaftspraxis Preysing Palais geführt von Dr. med. Bettina Weber und Patricia Hüppe wird gegenüber folgenden vor- und weiterbehandelnden Ärzten von der Schweigepflicht entbunden:

Praxis:	Adresse:

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Die Gemeinschaftspraxis Preysing Palais geführt von Dr. med. Bettina Weber und Patricia Hüppe wird gegenüber folgenden Personen (z.B. gesetzliche Betreuer, pflegende Angehörige) von der Schweigepflicht entbunden (Auch für die Abholung von Rezepten):

Vor- und Nachname:	Adresse:

Sonstiges:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich zu bestimmten Anlässen wie z.B. Recalls, Kontrollterminen oder vergessenen Terminen schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

- Ja
- Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam der Gynäkologie Preysing Palais

Ort, Datum	Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter