



Frauenarztpraxis Kirrlach
Dr. med. Eva Valerie Glahn
Ahornstr. 1/1
68753 Waghäusel
Tel.: 07254 / 6711

Anmeldebogen

Liebe Patientin,

bitte beantworten Sie vor unserem persönlichen Gespräch die folgenden Fragen. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: ___ / ___ / _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ / _____

Telefon Privat: _____ Mobil: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____ Hausarzt: _____

Beruf: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Grund Ihres heutigen Besuches: _____

Wann hat Ihre letzte Regelblutung begonnen: _____

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Blutung: _____

Wann war Ihre letzte Untersuchung beim Frauenarzt: _____

Wann war Ihre letzte Mammographie: _____ / Ihr letzter Brustultraschall: _____

Verhüten Sie: Nein Ja Methode: _____

Präparatname: _____

Haben Sie Kinderwunsch: nein ja, seit wann: _____

Waren Sie schon einmal schwanger: nein ja

Wieviele Kinder haben Sie geboren: ____

davon ____ Kaiserschnitt/e ____ Zange/Saugglocke Komplikationen: _____

Fehlgeburten ____ Abbrüche ____ Eileiterschwangerschaften ____ links rechts

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation: Nein Ja, welche

Hatten Sie jemals eine andere Operation: Nein Ja, welche _____



Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein: Nein Ja, welche _____

Nehmen Sie Pflanzenpräparate/Nahrungsergänzungsmittel ein: Nein Ja, welche _____

Leiden Sie unter einer Unverträglichkeit oder Allergie: Nein Ja, welche _____

Rauchen Sie, wenn ja wie viele Zigaretten am Tag: Nein Ja, Menge/Tag: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

Thrombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hormonstörungen
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung
Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gallensteine
Gerinnungsstörung/Blutungsneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arthrose
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Harninkontinenz
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis / HIV
Migräne mit Aura (z.B. mit Seh -u. Sprachstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chronische entzündliche Darmerkrankung
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma / COPD
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychische Erkrankungen
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	erhöhte Blutfette
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige: _____

Hat oder hatte ein naher Verwandter eine der folgenden Erkrankungen:

Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebserkrankung
Thrombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erbkrankheiten
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	angeborene Fehlbildungen
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Behinderungen, geistige oder körperliche
Gerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chromosomenstörungen

Wenn ja wer und in welchem Alter:

Möchten Sie von uns an anstehende jährliche Vorsorgetermine erinnert werden: Ja Nein

Wenn ja, wie dürfen wir sie kontaktieren: Telefon Post Email

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von Herrn Borel erhobene Behandlungsdaten und Befunde an Frau Dr. Glahn weitergeleitet werden und von Ihr genutzt werden.
 Ja Nein
2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Laborwerte durch die Laborgemeinschaft Rhein-Neckar und das MVZ LaborDiagnostik Karlsruhe GmbH elektronisch an Frau Dr. Glahn übermittelt werden (DFÜ- Übertragung).
 Ja Nein
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass, falls notwendig, Arztberichte an meine behandelnden Ärzte geschickt werden.
 Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Bogen nach bestem Wissen selbst ausgefüllt habe.

Datum

Unterschrift