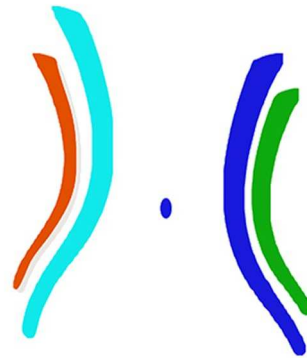


Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis.
Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.



Dr. med. Ina Ilkhanipur
Frauenärztin · Akupunktur
Naturheilverfahren

Patientin

.....
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift

.....
Straße Hausnummer Postleitzahl, Wohnort

Tel. (Privat)

E-Mail.....

Tel. (Mobil)

Beruf

Hausarzt

GrößeGewicht

Alter bei der ersten Regelblutung? _____

Datum letzte Regelblutung? _____

Datum des Beginns der Menopause: _____

Verhüten Sie? O ja / O nein

mit Pille O Kondom O Spirale O Ring O Präparat:

Rauchen Sie? O ja / O nein / O aufgehört

Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Treiben Sie Sport? O ja / O nein

Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Operationen ? O ja / O nein

Wenn ja, welche? Wenn möglich mit Datum: _____

Allergien? O ja / O nein
Wenn ja, welche: _____

Kinderwunsch? O ja / O nein
Wenn ja, seit wann: _____

Sind Sie Schwanger? O ja / O nein / O möglicherweise

Wenn ja, im wievielten Monat bzw. Schwangerschaftswoche? _____

Wie viele Geburten? _____

Welcher Art & Anzahl? _____

Spontan _____

Kaiserschnitt/e _____

Zange/Saugglocke/n _____

Gab es Komplikationen? O ja / O nein

Wenn ja welche? _____

Hatten Sie (bitte mit Anzahl und Datum):
Fehlgeburten? _____

Abbrüche? _____

Eileiterschwangerschaften? _____

Rechts

Links

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Gerinnungsstörung

Thrombose

Bluthochdruck

Blutungsneigung

Schlaganfall

Herzinfarkt

Krampfadern

Migräne

Lebererkrankung

Nierenerkrankungen

Epilepsie

Hormonstörungen

Diabetes mellitus

Schilddrüsenerkrank.

Osteoporose

Arthrose

Harninkontinenz

Hepatitis / HIV

Asthma / COPD

Gemütskrankung (z.B. Depressionen)

Krebserkrankungen, welche: _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister / Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck
- Thrombose
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Diabetes mellitus
- Erbkrankheiten

Wenn ja, welche: _____

- Geburtliche Fehlbildungen

Wenn ja, was und wer: _____

- Krebserkrankungen

Wenn ja, was und wer: _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

ja / nein

Wenn Ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar):

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung ? _____

Bei wem? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

- Arzt
- Familie
- Bekannte(r)
- Telefonbuch
- Zeitung
- Internet
- Praxisschild
- Sonstiges _____

Datum

Unterschrift