

## AUFNAHMEBOGEN FÜR NEUE PATIENTINNEN

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie um einige Informationen für Ihre Patientenakte bitten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Adresse	Email	
Telefon: privat	mobil	dienstlich
Hausarzt		

### ANAMNESE

Körpergröße	Gewicht	Alter bei Ihrer ersten Regelblutung		
Regelabstand (in Tagen)	Blutungsdauer (in Tagen)	Verhütung aktuell		
Schmerzhaftes Regelblutung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> manchmal	Stärke (0-10): _____

### SCHWANGERSCHAFTEN UND KINDER

Geburten (mit Jahresangabe – normal, Zange/Saugglocke, Kaiserschnitt)

\_\_\_\_\_

Gab es Fehlgeburten?  nein  ja – wie viele? \_\_\_\_\_

## IHRE KRANKENGESCHICHTE

---

Haben Sie Allergien – wenn ja, welche?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein – wenn ja, welche?

Rauchen Sie?  nein  ja – wie viele pro Tag? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie (bitte kreuzen Sie an):**

Hoher Blutdruck

Herzfehler

Herzinfarkt

Diabetes mellitus

Thrombosen

erhöhte Blutfette

Durchblutungsstörungen

Asthma

Schlaganfall

Schilddrüsenerkrankungen – wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Krebskrankungen – wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

---

Sonstige Erkrankungen

---

Operationen (mit Jahresangabe)

Gibt es oder gab es bei Familiengliedern:  Brustkrebs – wenn ja, wer? \_\_\_\_\_

Eierstockkrebs

Darmkrebs

Thrombose/ Embolie

andere Krebskrankungen \_\_\_\_\_

Letzte Mammographie: \_\_\_\_\_

Letzte Darmspiegelung: \_\_\_\_\_

Teilnahme Mammographiescreening:  ja  nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

---

Datum

Unterschrift

**Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung. Dr. Nicole Stahmann und das Praxisteam**