

DIE FRAUENÄRZTINNEN

FARA MALEKI & DR. GESINE LANGE

Markt 45-47 * 52062 Aachen * Telefon 0241-30089 * Telefon 0241-33721

Neuaufnahmebogen

Krankenkasse: _____
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.Nr., Handynr.: _____
Email-Adresse: _____
(Für Vorsorgeerinnerung bitte angeben)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden, Verwandten, Arbeitskollegen
 Empfehlung/Überweisung eines anderen Arztes: Name des Arztes: _____
 Homepage

Beruf, Arbeitgeber _____ Wer ist Ihr Hausarzt? _____

1. Tag der letzten Periode _____

Zykluslänge (Zeitraum vom Beginn einer Periode bis zur Nächsten) _____

Wie verhüten Sie? (Ggfs Name d. Pille/ Spirale; Einlegedatum) _____

Größe/ Gewicht _____ / _____

Zeitpunkt der Menarche (1. Regelblutung i d Pubertät, bitte Alter angeben) _____

Menopause (Letzte Regelbltg. i d Wechseljahren, bitte Jahr angeben) _____

Anzahl Geburten: _____ Anzahl Fehlgeburten: _____ Anzahl Schwangerschaftsabbrüche: _____

Geburtsjahr d. Kinder/ Geburtsmodus (spontan o. Kaiserschnitt etc.) _____

Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche? _____

Gynäkologische Operationen: _____

Andere Operationen: _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Gelegentlich Regelmäßig

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Familiäre Erkrankungen: Thrombose Schlaganfall Lungenembolie bei wem? _____

Erbkrankheiten: Wenn ja, welche? _____

Fam. Krebserkrankungen: Wenn ja, welche; bei wem? _____

Impfungen:

Diphtherie/ Tetanus: ja nein Zeitpunkt d. Impfung: _____

Masern/Mumps/Röteln: ja nein Zeitpunkt d. Impfung: _____ 2 Rötelnimpfungen dokumentiert? _____

Pertussis (Keuchhusten) ja nein Zeitpunkt d. Impfung: _____

HPV-Impfung: ja nein Zeitpunkte d. Impfung: _____ (Gebärmutterhalskrebs)

Datum

Unterschrift