

# 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