

Dr. med. Katrin Hofmeister
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Zusatzbezeichnung Akupunktur
Kirchstr. 21 • 64283 Darmstadt • Tel. 06151/292626

Liebe Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, bitten wir Sie diesen Fragebogen **möglichst sorgfältig** auszufüllen. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick zu erhalten und die Behandlung auf Sie individuell abstimmen zu können.

Name: _____ **Vorname:** _____

Körpergröße _____ cm Gewicht: _____ kg

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit: _____

telefonisch erreichbar (Tel./Fax): privat: _____ dienstlich: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hausarzt (Name, Ort): _____

Regelblutung: 1. Blutung im Alter von: _____
Keine Blutung mehr seit: _____
regelmäßig: ja / nein schmerzhaft: ja / nein

Eigene Vorerkrankungen: nein / ja, falls ja welche: (bitte unterstreichen bzw. ergänzen)

- Herzkreislauf: Bluthochdruck, Venenleiden, Herzerkrankung, Blutgerinnungsstörung, Thrombose, sonstiges:
- Erkrankungen der Lunge, Leber, Niere, Schilddrüse, Diabetes, Tumorerkrankungen
- Psychische Erkrankungen, Krampfleiden
- Sonstiges:
- **Allergien:** _____

Ernsthafte Erkrankungen in der Familie: (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen wer und in welchem Alter)

Bluthochdruck	Nein	Ja
Diabetes	Nein	Ja
Herzinfarkt	Nein	Ja
Thrombose/ Lungenembolie	Nein	Ja
Schlaganfall	Nein	Ja
Krebs	Nein	Ja
Osteoporose	Nein	Ja
Sonstige Erbkrankheiten	Welche:	

Nikotin: ja/ nein; falls ja wie viele pro Tag: _____

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden (inkl. Nahrungsergänzungsmitteln):

Operationen: (Art des Eingriffs, Jahr) _____

Geburten einschließlich Fehlgeburten/ Abbrüchen/ Eileiterschwangerschaften: (Jahr, Schwangerschaftsausgang, Geburtsart (spontan, Kaiserschnitt, Zange, Saugglocke))

Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:

Letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung im Jahr: _____

auffällige Befunde bisher: ja/nein

letzte Mammographie im Jahr: _____

letzte Darmspiegelung im Jahr: _____

Letzte Impfpasskontrolle: _____

Folgende Personen dürfen für mich Rezepte, Formulare oder Befunde entgegennehmen
Vor- und Nachname Status (Ehemann, Tochter, etc.)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Dr. Hofmeister, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen und zu verarbeiten und mit befugten Dritten zu Teilen, zum Zwecke der Datenverarbeitung im medizinischen Sinne. Hinweise zum Zweck der Datenverarbeitung, zur Speicherung meiner Gesundheitsdaten und über die rechtlichen Grundlagen sind mir bekannt und können jederzeit am Aushang in der Praxis eingesehen werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam

Dr. med. Katrin Hofmeister