Dr. med. Volker Tiemeier
Facharzt für Frauenheilkunde & Geburtshilfe, Naturheilverfahren
Nordstraße 2a
40477 Düsseldorf

Telefon: 0211 - 49 89 61 Mail: info@frauenarzt-pempelfort.de

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 Dokuments.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße: _____ Nr.: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Tel. (privat): _____ E-Mail-Adresse: _____

Tel. (Mobil): _____ (vorheriger) Beruf: _____

Hausarzt: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Alter bei der ersten Regelblutung: _____ Datum letzte Regelblutung: _____

Verhüten Sie? ❍ nein ja, mit: ❍ Pille ❍ Kondom ❍ Spirale ❍ Ring ❍ Präparat: _____
Rauchen Sie? ❍ nein ❍ aufgehört ❍ ja, seit _____ Jahren, _____ Zigaretten am Tag
Treiben Sie Sport? ❍ nein ❍ ja, _____ Stunden pro Woche
Operationen (Gyn)? ❍ nein ❍ ja, folgende: _____
Allergien? ❍ nein ❍ ja, folgende: _____
Kinderwunsch? ❍ nein ❍ ja, seit _____ Jahren
Sind Sie schwanger? ❍ nein ❍ möglicherweise ❍ ja, im _____ Monat
Geburten? __, davon __ Kaiserschnitt/e __ Zange/Saugglocke/n Komplikationen _____
Fehlgeburten? __ Abbrüche? __ Eileiterschwangerschaften? __ ❍ links ❍ rechts

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

❍ Gerinnungsstörung	❍ Thrombose	❍ Schlaganfall	❍ Herzinfarkt	❍ Krampfadern
❍ Migräne	❍ Bluthochdruck	❍ Lebererkrankung	❍ Nierenerkrankungen	❍ Diabetes mellitus
❍ Epilepsie	❍ Osteoporose	❍ Hormonstörungen	❍ Schilddrüsenerkrank.	❍ Blutungssneigung
❍ Arthrose	❍ Harninkontinenz	❍ Hepatitis / HIV	❍ Sonstige _____	
❍ Gemütserkrankung	❍ Asthma / COPD	❍ Krebserkrankungen: _____		

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

❍ Bluthochduck	❍ Thrombose	❍ Herzinfarkt	❍ Schlaganfall	❍ Allergien
❍ Krebserkrankungen	❍ Diabetes mellitus	❍ Erbkrankheiten	❍ Geburtliche Fehlbildungen	

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ❍ nein ❍ ja Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar):
_____

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____ Bei wem? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____
❍ Arzt ❍ Familie ❍ Bekannte ❍ Telefonbuch ❍ Zeitung ❍ Internet ❍ Praxisschild ❍ Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ❍ nein ❍ ja

_____ _____
Datum Unterschrift