

Frauenärztin  
Ina Steisel  
Buchstr. 4  
74321 Bietigheim-Bissingen

### Sehr geehrte Patientin!

Für eine korrekte **Neuaufnahme** brauchen wir von Ihnen die nachfolgenden Angaben.  
Erschrecken Sie nicht vor der Vielzahl der Fragen, denn je detaillierter wir über Sie Bescheid wissen,  
umso besser können wir Sie betreuen.

**Bitte das Zutreffende ankreuzen und gegebenenfalls nähere Angaben machen.**

1. Besteht/bestand bei Ihnen eine Stoffwechselerkrankung?  nein  ja  
**Wenn ja, welche und wann (bitte Zutreffendes unterstreichen oder eigene Angaben dazu machen):**

---

2. Liegt bei Ihnen eine Allergie/Unverträglichkeit vor?  nein  ja  
**Wenn ja, welche und wann (bitte Zutreffendes unterstreichen oder eigene Angaben dazu machen):**

---

3. Liegen bei Ihnen Infektionskrankheiten vor?  nein  ja  
**Wenn ja, welche und wann (bitte Zutreffendes unterstreichen oder eigene Angaben dazu machen):**

---

4. Besteht eine chronische Erkrankung oder Erkrankungen wichtiger Organe vor?  nein  ja  
**Wenn ja, welche und wann (bitte Zutreffendes unterstreichen oder eigene Angaben dazu machen):**

---

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente / Pille oder Pflanzenpräparate ein?  nein  ja  
**Wenn ja, welches (bitte Zutreffendes unterstreichen oder eigene Angaben dazu machen):**

---

**Wünschen Sie Informationen über Alternativen zur klassischen „Anti-Baby-Pille“  
z.B. : Spirale, Verhütungs-Vaginalring, Verhütungspflaster, Sterilisation (Mann und Frau)**  
 nein  ja

6. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel Zigaretten am Tag: \_\_\_\_\_  nein  ja

7. Bitte geben Sie Größe und derzeitiges Gewicht an: \_\_\_\_\_ cm ; \_\_\_\_\_ kg

**8. Besteht/bestand in der Blutsverwandschaft** ( Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Kinder )  
eine der folgenden Erkrankungen:

- Bildung/Verschleppung von Blutgerinnseln (z.B. Thrombosen, Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall), Blutgerinnungsstörungen, unklare Ohnmachtsanfälle, Herzenge, Bypass-Operationen, hohe Blutfettwerte, oder andere Erkrankungen (bitte angeben)
- Kamen/kommen bösartige / gutartige Tumorerkrankungen **in Ihrer Familie** vor?  
(z.B. Brust, Gebärmutter, Eierstöcke, Leber , Darm, Lunge ...)

**Wenn ja, welche, (bitte Zutreffendes unterstreichen oder eigene Angaben dazu machen).  
Und wen betraf dies und in welchem Alter?**

---

---

---

**9. Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden oder Operationen geplant?**  nein  ja  
**Wenn ja, welche, warum und wann:**

---

**10. Haben Sie Kinder? Wann?** \_\_\_\_\_  nein  ja

**11. Oder hatten Sie Fehlgeburten? Wann?** \_\_\_\_\_  nein  ja

**12. Wann war der erste Tag der letzten Periode ?** .....

**13. Wurde bei Ihnen schon ein Bruströntgen ( Mammographie ) durchgeführt?**  nein  ja  
**Wenn ja, wann und wo ?**

---

---

**14. Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung ( Coloskopie ) durchgeführt?**  nein  ja  
**Wenn ja, wann und wo ?**

---

---

**15. Persönliche Angaben, die aber auch von medizinischer Wichtigkeit sein können (!!):**

Welchen Beruf haben Sie? \_\_\_\_\_

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? \_\_\_\_\_

Aus welchem Land kommt Ihre Familie? \_\_\_\_\_

Wer ist ihr Hausarzt/Hausärztin? \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie **Ihre eigene Telefonnummer/Handynummer** an: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie **Ihre eigene E-Mail-Adresse** an: \_\_\_\_\_

Ihre Krankenkassen: \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem alten Frauenarzt?? \_\_\_\_\_

**Nun noch einige organisatorische Punkte :**

- Wie Sie wissen unterliegt jeder Arzt der Schweigepflicht. Nun kann es aber sein, dass wir Sie wegen eines auffälligen Ergebnisses informieren müssen. Dies machen wir in den meisten Fällen in Briefform. Wenn Sie aus persönlichen Gründen nicht möchten, dass irgendeine Briefsendung an Ihre Wohnanschrift erfolgt

- Hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Regelungen ( Datenschutz-Grundverordnung, DS-GVO ) erhalten Sie auf Anfrage alle relevanten Informationen.

Insofern benötigen wir Ihre Einwilligung dazu mit folgender Erklärung :

**Hiermit willige ich in die Übermittlung/Auskunft von Beratungsinhalten und erhobenen Befunden an meinen Hausarzt ein, sowie gegebenenfalls die Anforderung von auswärtigen Untersuchungsergebnissen, die meinem Frauenarzt derzeit nicht vorliegen, aber zur aktuellen Gesamtbeurteilung notwendig sind.**

Datum:

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin

**X X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Übersetzers (z.B. Ehepartner, Familienangehöriger,.....)