

DIE FRAUENÄRZTINNEN

FARA MALEKI & DR. GESINE LANGE

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

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden, Verwandten, Arbeitskollegen
- Empfehlung/Überweisung eines anderen Arztes: Name des Arztes:
- Telefonbuch
- Homepage
- andere (bitte angeben):

Krankenkasse: Vorname:
Nachname: Geb. Datum:
evt. Mädchenname: Straße/Hausnummer:
PLZ / Ort: Tel.Nr. (dienstlich):
Tel.Nr. (privat): E-Mail:
Hausarzt:

Ich wünsche eine Übermittlung meiner Befunde an den Hausarzt:

- ja nein jeweils nach Absprache
- Mit einem Erinnerungs-Schreiben an die fällige Vorsorgeuntersuchung bin ich einverstanden

Beruf: Arbeitgeber:
Größe: Gewicht:

Wann war Ihre letzte Periode? (bitte ersten Blutungstag angeben):
Anzahl Geburten: Anz. Fehlgeburten: Anz. Schwangerschaftsabbrüche:

Vorerkrankungen:
chron. Erkrankungen: Diabetes Asthma Hepatitis Thrombose
Geburten: gestillt: ja nein
Menarche: Menopause: Zyklus:
Verhütung:
gynäkologische Operationen: andere Operationen:

Impfungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann?
Impfung HPV:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann?
Rauchen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wie viel?
Medikamente:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche?
Allergien:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche?
Fam. Krebs-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche?
Erbkrankheiten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche?
Alkohol:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig

.....
Datum

.....
Unterschrift

.....
Mitarbeiter