



STAMMDATENBLATT

Bitte füllen Sie vor ihrem ersten Besuch dieses Blatt aus.

Zuname:	Vorname:
Titel:	Geburtsdatum:
Beruf:	
Adresse: Straße PLZ Ort	

Versicherung, Versicherter:

Versicherung:	Bundesland:	Vers. Nr.:
Zusatzversicherung:	Mitgliedsnr.:	

Nur ausfüllen, wenn mitversichert:

Zuname:	Vorname:		
Geb. Dat.:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Vers. Nr.:	Verwandtschaftsgrad:

Arbeitgeber und sonstige Daten:

Name:	Ort:
Gebühren-Befreiung:	Tel. (Arbeit):
E-Mail-Adresse:	Tel. (privat, Handy):
Hausarzt:	Zweitwohnsitz:

**Bitte beachten Sie den Aushang bez. Datenverwendung in der Ordination beim Anmeldepult:
INFORMATIONEN GEMÄSS ART. 13 DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DSGVO)!**

Mit ihrer Unterschrift nehmen Sie die Information über die Datenverwendung zur Kenntnis und bestätigen alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu getätigt zu haben (Seite 1 und 2). Weiters akzeptieren Sie mit ihrer Unterschrift, dass die Verantwortlichkeit über Befunde von fremden Einrichtungen bei eben diesen Einrichtungen selbst liegt und diese bei Besprechungen nicht überprüft, sondern nur interpretiert werden können. **Falls Sie hierzu noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das Personal.**

Wilhelmsburg, am _____ Unterschrift _____

Welche Beschwerden haben Sie?
Welche Wünsche haben Sie?
Wie wurden Sie auf meine Ordination aufmerksam?

Wann waren ihre letzten Kontrollen?

Frauenarzt:	Mammographie:	Knochendichtemessung:
-------------	---------------	-----------------------

Fragen zur Regelblutung:

Alter bei der 1. Regel als Mädchen?	Alter bei der letzten Regel (Wechsel)?	
1. Tag der letzten Regel?	Gewicht:	Größe:
Abstand vom Beginn der Regel bis zum Beginn der nächsten Regel:		Regeldauer:
Bestanden in der letzten Zeit abnormale Blutung oder Ausfluss?		

Fragen zu Geburten:

Wie viele Kinder (Geburtsjahr)?	Probleme bei den Geburten?	
Fehlgeburten?	Eileiterschwangerschaften?	SS-Abbruch?

Fragen zu Erkrankungen und Operationen:

Gynäkologische Operationen: Jahr und welche (Gebärmutter, Blase, Scheide, Curettage, Eierstock, Brust)?		
Erkrankungen wie Bluthochdruck, Zucker, Thrombose, u.a.?		
In der Familie: Brust-, Eierstock-, Gebärmutter-, Darm-Krebs?		
In der Familie: Bluthochdruck, Zucker, Thrombose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Alzheimer...?		
Derzeitige Medikamente:		
Allergien?	Alkohol?	Nikotin?

Fragen zur Verhütung:

Früher Pille:	insg. Jahre, zuletzt wann und welche?	Unterbindung: <input type="radio"/> selbst <input type="radio"/> beim Mann
oder Spirale:	insg. Jahre, zuletzt wann und welche?	
Derzeit wenden Sie welche Verhütungsmethode an?		
Denken Sie über eine andere Verhütungsmethode nach? Welche?		