

**STAMMDATENBLATT**

Bitte füllen Sie dieses Blatt vor ihrem ersten Besuch aus.

**Stammdaten**

Titel	Nachname	Vorname
Versicherungs Nr.	Geburtsdatum (TT.MM.JJ)	nachgestellter Titel
Rezeptgebührenbefreiung bis	zuweisender Arzt, Ort	

**Wohnort, Hausarzt, Versicherung**

Straße		Hausnummer, Stiege, Stock, Top	
PLZ	Ort	Land	
Versicherung (Kasse, Bundesland)	Hausarzt, Ort		
Zusatzversicherung	Polizzen Nr.	Nebenwohnsitz	

**Hauptversicherter (nur ausfüllen, wenn mitversichert)**

Titel	Nachname	Vorname	nachgestellter Titel
Versicherungs Nr.	Geburtsdatum (TT.MM.JJ)	Geschlecht	Verhältnis zum Patienten (Mutter, Vater...)

**Kontaktdaten, Beruf, Persönliches**

Mobiltel. Nr.	Kontaktdaten von	E-Mail
weitere Tel. Nr.	bevorzugter Kontakt	<input type="radio"/> SMS <input type="radio"/> E-Mail <input type="radio"/> Anruf <input type="radio"/> Post <input type="radio"/> kein Kontakt
Nationalität	Familienstand	<input type="radio"/> Single <input type="radio"/> Partnersch. <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet
Dienstgeber und Beruf		Dienstort

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

Mit ihrer Unterschrift nehmen Sie 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 Befundbesprechungen nicht überprüft, sondern nur interpretiert werden können. Falls Sie hierzu noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das Personal.

Melk, am \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

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

**Wann waren ihre letzten Kontrollen?**

Frauenarzt	PAP-Abstrich	Mammographie	Knochendichtemessung
------------	--------------	--------------	----------------------

**Fragen zur Regelblutung (GYN-Anamnese)**

Alter bei der 1. Regel als Mädchen	Alter bei der letzten Regel (Wechsel)	1. Tag der letzten Regel	Regeldauer (Tage), regelm./unregelm.
Abstand vom Beginn der Regel bis zum Beginn der nächsten Regel		Bestanden in der letzten Zeit abnormale Blutungen oder Ausfluss?	

**Fragen zu Geburten (GRAV-Anamnese)**

Wieviele Schwangerschaften?	Wieviele Geburten, wann?	Wieviele Fehlgeburten, wann?	Abbrüche (IR)?
Probleme bei den Geburten?			

**Allgemeine Fragen (ANAMNESE)**

Gynäkologische OPERATIONEN und THERAPIEN, Jahr und welche? (Gebärmutter, Scheide, Curettage, Eierstock, Brust)?	KÖRPERGEWICHT
VORERKRANKUNGEN wie Bluthochdruck, Zucker, Blutgerinnungsstörung (Thrombose) u.a.?	KÖRPERGRÖßE
In der FAMILIE: Brust-, Eierstock-, Gebärmutter-, Gebärmutterhals-, Darm-Krebs?	Alkohol?
In der FAMILIE: Bluthochdruck, Zucker, Blutgerinnungsstörung (Thrombose), Herzinfarkt, Schlaganfall, Alzheimer...?	NIKOTIN?
Derzeitige MEDIKAMENTE	ALLERGIEN?

**Fragen zur Verhütung (GYN-Anamnese, KONTRAZEPTION)**

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

Bitte geben Sie ihre (relevanten) Vorbefunde zum Einscannen an der Anmeldung ab. Danke!