

Allergien (insbesondere **Unverträglichkeit von Medikamenten**): Ja Nein

Wenn ja: welche?

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn JA: Anzahl der Zigaretten täglich?.....

Sind Sie zur Zeit berufstätig? Ja Nein

Wenn ja: welchen Beruf üben Sie aus?.....

Aktuelle Medikamente:(z.B. Pille, ASS, Marcumar).....

.....

Erkrankungen in der blutsverwandten Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tante, Onkel)

Thrombose: Ja Nein falls ja: Wer? In welchem Alter?

Embolie: Ja Nein falls ja: Wer? In welchem Alter?

Herzinfarkt: Ja Nein falls ja: Wer? In welchem Alter?

Schlaganfall : Ja Nein falls ja: Wer? In welchem Alter?

Krebserkrankungen: Ja Nein falls ja: Wer? In welchem Alter?

Diabetes/ Bluthochdruck/ andere Erkrankungen Ja Nein

Wann war die letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?.....

Bei Frauen ab 50 Jahren:

Haben Sie schon einmal am Mammographie-Screening teilgenommen? Ja Nein

wenn ja: wann zuletzt?

Haben Sie schon einmal eine Darmspiegelung (Coloskopie) durchführen lassen? Ja Nein

wenn ja: wann zuletzt?

Einwilligungserklärung zur Datenverwendung und Datenweitergabe

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ich bin mit der Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden.

Die Praxis darf mich über die von mir angegebenen Wege (Adresse, Telefon, E-mail) kontaktieren. Die Praxis darf meine Befunde und Behandlungsdaten zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung bei medizinischen Einrichtungen (Labor/ Krankenhaus/ Ärzte) anfordern und mich betreffende Befunde und Behandlungsdaten an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer weiterleiten.

Datum.....

Unterschrift.....