

# Frauenarztpraxis Dr. med. Hans-Christoph Kübler

Franz-Knauff-Str. 24,

69115 Heidelberg,

Tel: 06221/22481

Wir freuen uns  
Über Ihr Interesse an unserer Praxis!

Sie haben erstmals einen Termin mit uns vereinbart. Falls Sie Behandlungsunterlagen besitzen so bringen Sie diese bitte mit.

Bitte füllen Sie Vorder- und Rückseite unseres Aufnahmebogens sorgfältig aus und bringen Sie diese zu Ihrem ersten Termin mit. Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um eine angemessene Diagnostik und risikofreie Behandlung sicherzustellen. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Unsere Praxis liegt in der Weststadt. Eine Wegbeschreibung, Parkmöglichkeiten, sowie die Bestätigung Ihres ersten Termins haben wir für Sie beigelegt.

## Anmelde- und Anamnesebogen

Patient

Hauptversicherter

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.- Datum \_\_\_\_\_

Geb.- Datum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Arztbrief an Hausarzt gewünscht  Ja

Nein

Arztbrief nur bei  
Auffälligkeit

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

pflichtversichert

beihilfeberechtigt

freiwillig versichert

private Zusatzversicherung

Privatversichert \_\_\_\_\_

Basis Tarif  ja

nein

Auf wessen Empfehlung kommen Sie in unsere Praxis? \_\_\_\_\_

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periodenblutung: .....

Menstruation: Blutungsdauer:..... Schmerzhaftige Blutung? ja  nein

Unregelmäßige Blutung? ja  nein

Wie viele Tampons/Binden werden pro Tag benötigt? .....

---

Empfängnisverhütung (z.B. Pille, Spirale etc.): ja  nein

(wenn ja) wie: \_\_\_\_\_

seit wann: \_\_\_\_\_

Schwangerschaften (auch Fehlgeburten): \_\_\_\_\_ Geburten: \_\_\_\_\_

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja  nein

(wenn ja) welche: \_\_\_\_\_

---

Rauchen Sie: ja  nein

---

Hatten Sie bereits eine Thrombose oder Embolie? ja  nein

bzw. ein Familienmitglied ja  nein

---

Leiden Sie unter Allergien? ja  nein

(wenn ja) unter welchen: \_\_\_\_\_

---

Bestehen bei Ihnen allgemeine Vorerkrankungen ja  nein

(wenn ja) welche: \_\_\_\_\_

---

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie ja  nein

(wenn ja) welche: \_\_\_\_\_

---

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt, insbesondere an Brust oder Genitalien: ja  nein

(wenn ja) welche: \_\_\_\_\_

---

Wurde bei Ihnen bereits eine Mammographie durchgeführt? ja  nein

(wenn ja) wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

---

Die „Information zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind für mich in der Frauenarztpraxis Dr. Hans-Christoph Kübler einsehbar; auf Wunsch werden mir die Unterlagen der neuen **Europäischen Datenschutzgrundverordnung** (Mai 2018) ausgehändigt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Patientin

---

Besten Dank für die Mithilfe

---

Ihr Praxisteam