

# Frauenarztpraxis Dr. med. Hans-Christoph Kübler

Franz-Knauff-Str. 24,

69115 Heidelberg,

Tel: 06221/22481

## Anmelde- und Anamnesebogen für die Dysplasiesprechstunde

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

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

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

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

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

Em@il: \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Wann war ihre letzte Periodenblutung: .....

Menstruation: Blutungsdauer:..... Schmerzhaft?  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:** \_\_\_\_\_

---

**Welche Probleme/ Beschwerden/ Sorgen führen Sie hierher?**

---

---

---

---

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.

**Fotodokumentation:** Die fotografische Dokumentation krankhafter Befunde ist für Ihre Therapie und zur Verlaufskontrolle von großer Bedeutung. Sie stimmen daher der Erstellung und Archivierung von Fotografien bzw. Videoaufnahmen der bei der Untersuchung erstellten Befunde durch diese Arztpraxis/Klinik zu. Die Veröffentlichung von Fotografien, Videoaufnahmen oder Fallberichten durch den untersuchenden Arzt oder eine medizinische Fachgesellschaft, kann in Printmedien oder in elektronischen Medien, wissenschaftlichen Vorträgen oder Vorlesungen verwendet werden. Vergütung – und/oder Aufwandsentschädigungen oder sonstige Ansprüche bestehen nicht. Die Zustimmung zur Verwendung der Fotodokumentation kann verweigert werden, dies hat keinerlei Einfluss auf die medizinische Behandlung.

**Gewebeentnahme zu diagnostischen Zwecken:** In manchen Fällen ist zur genaueren Klärung eines auffälligen Befundes erforderlich eine kleine Biopsie vorzunehmen. Dies geschieht entweder über eine Knipsbiopsie oder eine kleine Stanzbiopsie. Je nach Art der Gewebsentnahme ist evtl. eine örtliche Betäubung ratsam. Nur in seltenen Fällen wird eine Biopsiestelle per Naht verschlossen. Sollten Sie blutverdünnende Medikamente (ASS 100, Plavix, Marcumar, Aspirin, Xarelto, Heparin) einnehmen informieren Sie uns bitte darüber. Sehr selten kann es auch zu Kreislaufreaktionen kommen, die weitere medizinische Maßnahmen erforderlich machen.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift der Patientin**

---

**Besten Dank für die Mithilfe**