



Liebe Patientin,

Bitte helfen Sie uns, Ihre Daten zu aktualisieren.

Name:		Geburtsdatum:	
Adresse:			
Telefon Festnetz:			
Handynummer:			
E-Mail:			
Hausarzt:			
Größe:		Gewicht:	
Rauchen Sie? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Aktuelle Verhütung:			
Wann war der 1. Tag Ihrer letzten Periode?			
Bei Patientinnen unter 35 Jahren:			
Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) vollständig geimpft?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bei Patientinnen über 60 Jahren:			
Sind Sie gegen Herpes Zoster (Gürtelrose) vollständig geimpft?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wann war Ihre letzte Mammographie?			
Wo wurde diese durchgeführt?			
Wurde bei Ihnen eine Darmspiegelung durchgeführt?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wann und wo zuletzt?			
Haben Sie aktuell Beschwerden?		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche:			

Agel Leistungen (siehe separate Liste):

Ich wurde über sinnvolle individuelle Zusatzleistungen informiert und aufgeklärt:

Ich habe aktuell kein Interesse

Ich wünsche folgende Zusatzleistungen:

Hermeskeil, den _____ Unterschrift: _____

Bitte geben Sie den ausgefüllten Zettel wieder an der Anmeldung ab! Danke 😊