

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin,
damit wir besser auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingehen können,
möchten wir Sie bitten, uns einige Fragen zu beantworten.
Sollten dabei Fragen entstehen, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll
an das Praxisteam. Im Bedarfsfall bitte auch die Rückseite verwenden.

Christine Bülow & Kollegen
Fachärztinnen für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Ärztehaus Heimbrügge 3
44359 Dortmund-Mengede

Telefon 0231 – 333730
Telefax 0231 – 354896

www.gynaekologikum-ruhr.de
info@gynaekologikum-ruhr.de

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Rufnummer: _____ Geb.-datum: _____

Hausarzt: (sofern vorhanden, nur Name) _____

Bericht an den Hausarzt erbeten? Ja Nein

Recall erwünscht? Ja Nein

Fragen zur Periode/Schwangerschaften

Alter während 1. Periode: _____ Letzte Periode... Datum: _____ Dauer: _____

Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein (weiter im nächsten Block)

Anzahl der Kinder: (inkl. Geburtenjahrgang) _____

Besonderheiten während Schwangerschaft/Geburt: _____

Ich hatte schon einmal (zutreffendes bitte ankreuzen und Jahreszahl angeben):

Kaiserschnitt _____ Fehlgeburt/Schwangerschaftsabbruch _____

Krankheitsvorgeschichte

Rauchen Sie: Nein Ja, _____ Zigaretten/Tag; Alkoholkonsum: _____

Nehmen Sie täglich... Medikamente Nein Ja, _____

... die Pille/andere Hormontabletten Nein Ja, _____

Haben Sie Allergien Nein/Unbekannt Ja, _____

Gibt es Vorerkrankungen (z.B.: Bluthochdruck, Thrombose, Zucker, ...) _____

Operationen (z.B.: Ausschabungen, Sterilisation, Blinddarm) inkl. Jahr: _____

Gab es in Ihrer Familie (bitte ankreuzen) Krebserkrankungen Organ: _____

Schlaganfälle Diabetes Herzinfarkte Thrombosen

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

.....
Formular
Entbindung von der Schweigepflicht

Christine Bülow
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Standorte:
Heimbrügge 3
44359 Dortmund

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich: _____
(Vor- und Zuname)

Wohnhaft: _____
(Vollständige Anschrift)

Geboren am: _____

1. willige ein, dass das *Gynäkologikum Ruhr/ Christine Bülow und Kollegen* zum Zwecke der Datenübermittlung der Befunde und Untersuchungsergebnisse an meinen mitbehandelnden Arzt (auf Verlangen) und Ämter (z.B. Versorgungsamt, Krankenkassen, MDK) weiterleitet.
2. willige ein, dass das *Gynäkologikum Ruhr* mein Blut zur weiteren Diagnostik an das jeweils zuständige Labor weiterleitet.
3. willige ein, dass das *Gynäkologikum Ruhr* zum Zweck der Abstrichdiagnostik / histologischen Untersuchung meiner entnommenen Proben / Abstriche an das jeweils zuständige Labor / den Zytologen weiterleitet.
4. Die Information gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht freiwillig ist und von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich erkläre, dass meine Befunde / Rezepte / Überweisungen etc.

anausgehändigt werden dürfen.

Datum

Unterschrift