

## 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](http://www.gynaekologikum-ruhr.de)  
[info@gynaekologikum-ruhr.de](mailto:info@gynaekologikum-ruhr.de)

### Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Rufnummer: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Hausarzt: (sofern vorhanden, nur Name) \_\_\_\_\_

Bericht an den Hausarzt erbeten?  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

.....  
**Formular**  
**Entbindung von der Schweigepflicht**

**Christine Bülow**  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
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. habe die Information gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung 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.

an .....ausgehändigt werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Erstellt von AO  
19.06.2018

Geprüft von QM  
27.10.2022

Freigegeben von PL  
31.10.2022

FO-Entbindung von der Schweigepflicht

---

**Ausfallhonorar und Terminerinnerung**

**Christine Bülow**

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Heimbrügge 3  
44359 Dortmund

Sehr geehrte Patientin,

Ich bitte Sie, diese Bedingungen für die Behandlung durchzulesen.

Wir arbeiten nach dem sog. Bestellsystem, d.h. wir reservieren für jede Patientin einen festen Termin. Da die Termine meistens über einen längeren Zeitraum vergeben werden, kann die Praxis nicht kurzfristig neue Patientinnen annehmen oder Ersatztermine vereinbaren. Wir sind also darauf angewiesen, dass vereinbarte Termine von Ihnen auch zuverlässig eingehalten werden.

Wir erinnern Sie mit einer kurzen Nachricht an Ihren Termin, damit Sie keinen Termin versäumen. Auch falls ein Termin abgesagt werden muss, schicken wir Ihnen eine kurze Nachricht.

Die Krankenkassen bezahlen nur durchgeführte Leistungen, sodass ein ausgefallener und nicht abgesagter Termin für die Ärztin ein Ausfall ist. Die Ärztin ist deshalb berechtigt, alle vereinbarten Termine, welche die Patientin nicht wahrnimmt, unabhängig vom Grund der Verhinderung, privat in Rechnung zu stellen.

Das Ausfallhonorar beträgt in diesem Fall 25,00 Euro. Kann die Ärztin den Termin anderweitig besetzen, wird kein Honorar verlangt. Falls Sie einen Termin nicht absagen oder nicht wahrnehmen, behalten wir uns das Recht vor, weitere Termine vorläufig auszusetzen. Die Kosten für das Ausfallhonorar werden Ihnen nicht von der Krankenversicherung/Krankenkasse erstattet.

Termine, die aus zwingenden Gründen rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, abgesagt werden, werden der Patienten nicht in Rechnung gestellt.

Bitte beachten Sie, dass bei nachweislich unverschuldetem Fernbleiben von Ihrem Termin das Ausfallhonorar nicht fällig wird.

Ich bin mit dieser Regelung ausdrücklich einverstanden, habe dazu keine Fragen mehr und stimme einvernehmlich zu.

---

**Vor- und Nachname**

**Geburtsdatum**

---

**Ort und Datum**

**Unterschrift der Versicherten**

(ggf. gesetzlicher Vertreter)

Erstellt von AO  
10.11.2023

Geprüft von QM  
10.11.2023

Freigegeben von PL  
10.11.2023

*Ausgedruckte Exemplare unterliegen nicht dem Änderungsdienst.*

.....  
**Formular**  
**Versicherung / Verzicht auf Einrede der Verjährung**

**Christine Bülow**  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Heimbrügge 3  
44359 Dortmund

**Sehr geehrte Patientin,**

im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen ab 35 Jahre haben Sie Anspruch auf eine kombinierte Untersuchung mit zytologischem Abstrich und HPV-Test (sog. Co-Test).

Sie wurden darüber aufgeklärt, dass die Kosten eines Co-Tests nur alle drei Jahre von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Näheres entnehmen Sie bitte der Patienten-Informationsschrift „Untersuchung Krebsfrüherkennung 2020“.

Unsere vertragsärztliche Leistungsabrechnung im Zusammenhang mit einem Co-Test kann aufgrund der Besonderheit, dass die Leistung ab dem 01.01.2020 lediglich im 3-Jahres-Turnus abrechnungsfähig ist und von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird, dazu führen, dass die abgerechnete Leistung bei wiederholter Inanspruchnahme in diesem Zeitraum ersatzlos gestrichen wird. D.h. dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung den abgerechneten Leistungsbetrag in voller Höhe zurückfordert. Dieser Regress kann bis zu 4 Jahre nach Erstattung der Kosten für den Co-Test erfolgen.

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, dass Sie seit dem 01.01.2020 von keinem Arzt einen zytologischen Abstrich (Krebsabstrich) mit HPV-Test (als Co-Test) haben durchführen lassen.

**Falls ein solcher Test dennoch seit dem 01.01.2020 im Rahmen einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt worden ist, verpflichten Sie sich, die Kosten der ärztlichen Leistung als sog. individuelle Gesundheitsleistung auf Selbstzahlerbasis entsprechend des gesondert abgeschlossenen Vertrags über die Inanspruchnahme von individuelle Gesundheitsleistung zu tragen.**

.....  
**(Ort, Datum)**

.....  
**(Unterschrift der Patientin)**

**Erklärung über den Verzicht auf die Einrede der Verjährung**

Hiermit wird bestätigt dass ich als Patientin der o.g. Praxis hinsichtlich der Abrechnung des Co-Tests im Rahmen des Vertrags über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen sowie in Kenntnis eines möglichen Regresses der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf die Einrede der Verjährung verzichte.

.....  
**(Ort, Datum)**

.....  
**(Unterschrift der Patientin)**