

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild Ihrer gesundheitlichen Situation machen können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst ausführlich zu beantworten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeine Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum
E-Mail		Telefon
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl und Ort		
Beruf		

Medizinische Angaben

Größe (cm)		Gewicht (kg)	
------------	--	--------------	--

Allergien (Pflaster, Medikamente)

--

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie mindestens einer der folgenden Krankheiten/Infektionen leiden o. litten!

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Gerinnungsstörung | ☐ Erbkrankheiten | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Chromosomenstörung | ☐ Herzerkrankung |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Thrombose | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Krampfadern | ☐ Migräne |
| ☐ Hormonstörung | ☐ Lebererkrankung | ☐ Nierenerkrankung |
| ☐ Arthrose | ☐ Epilepsie | ☐ Osteoporose |
| ☐ HIV | ☐ Harninkontinenz | ☐ Hepatitis |
| ☐ Asthma/COPD | ☐ Autoimmunerkrankung | ☐ Gemütererkrankung |
| ☐ Krebserkrankung | ☐ Sonstige _____ | |

Wann war die letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung? _____

(Ab 35 Jahre) Wann wurde zuletzt der HPV-Test durchgeführt? _____

Sind Ihnen in Ihrer nahen Verwandtschaft (Eltern, Kinder, Geschwister) eine oder mehrere der folgenden Erkrankung bekannt?

☐ Gerinnungsstörung	☐ Erbkrankheiten/Chromosomenstörung
☐ Brustkrebs	☐ Eierstockkrebs
☐ Gebärmutter- /Gebärmutterhalskrebs	☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Sonstige _____	

Für Frauen im gebärfähigen Alter- welche Verhütungsmethoden nutzen Sie?

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| ☐ Keine | ☐ Pille* | ☐ Sterilisation |
| ☐ Hormonspirale* | ☐ Kupferspirale | ☐ Sterilisation des Partners |
| ☐ Vaginalring | ☐ Dreimonatsspritze | ☐ Verhütungsstäbchen |
| ☐ Kondom | ☐ Pflaster | ☐ |

*...Name des verwendeten Produkts und bei Spirale Produktname und Einlegedatum

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert?

Datum	Art des Eingriffs

Geburten

Datum	Art
	☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Vakuumextraktion (VE)
	☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Vakuumextraktion (VE)
	☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Vakuumextraktion (VE)
	☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Vakuumextraktion (VE)
	☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Vakuumextraktion (VE)

Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche

Datum	Art
	☐ Fehlgeburt in SSW: ☐ Schwangerschaftsabbruch
	☐ Fehlgeburt in SSW: ☐ Schwangerschaftsabbruch
	☐ Fehlgeburt in SSW: ☐ Schwangerschaftsabbruch
	☐ Fehlgeburt in SSW: ☐ Schwangerschaftsabbruch
	☐ Fehlgeburt in SSW: ☐ Schwangerschaftsabbruch

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche, seit wann und in welcher Dosierung?

Bei mehr als drei Medikamenten bringen Sie bitte Ihren **Medikationsplan mit Barcode mit**.

Nehmen Sie Hormone ein?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche, seit wann und in welcher Dosierung?

Rauchen Sie?

- ☐ Nein ☐ Ja __ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol?

- ☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig

Wenn bei Ihnen in der Vergangenheit eine Darmspiegelung durchgeführt wurde, wann war diese und mit welchem Ergebnis?

Wenn bei Ihnen in der Vergangenheit eine Mammographie durchgeführt wurde, wann und wo (Screening oder Radiologie) war diese und mit welchem Ergebnis?

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

- ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Windpocken

Impfungen:

- ☐ Masern/Mumps/Röteln ☐ Windpocken ☐ Hepatitis B
☐ Gebärmutterhalskrebs (HPV) ☐ Sonstige: _____

Terminabsage

aus gegebenem Anlass sehen wir uns leider dazu veranlasst, eine Vereinbarung bezüglich der Terminabsage zu treffen.

Unser Anliegen ist es zeitnahe Termine bereitzuhalten. Vereinbarte Termine sind verbindlich.

Leider ist es in den letzten Monaten durch nicht eingehaltene Termine zu Ausfallzeiten von bis zu 1,5 Stunden am Tag gekommen.

Terminabsage durch Sie:

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, damit wir ihn ggf. neu vergeben können.

Dies ist telefonisch, per Anrufbeantworter oder über das Doctolib Konto möglich.

Bei kurzfristigeren Absagen oder einem nicht Erscheinen zum vereinbarten Termin behalten wir uns ab dem 01.11.2019 vor, Ihnen privat eine Ausfallgebühr von 25€ in Anlehnung an den EBM-Katalog in Rechnung zu stellen.

Terminabsage durch uns:

Sollte ein Termin wegen Krankheit oder aus sonstigen, von der Praxis nicht zu verantwortenden Umständen nicht stattfinden, werden wir Ihnen die Absage so schnell wie möglich mitteilen und uns um eine möglichst zeitnahe neue Terminvergabe bemühen.

Bitte beachten Sie:

Nach zwei unentschuldig nicht wahrgenommenen Terminen können wir keine weitere Betreuung in unserer Praxis übernehmen.

Diese Regelung hilft uns, unsere Terminplanung zuverlässig einzuhalten und anderen Patientinnen und Patienten schneller Termine anbieten zu können. Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Rücksichtnahme.

Einverständnis/Unterschrift _____

**Einverständniserklärung und Dokumentation zum Datenschutz
(EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO))**

Diese Kontaktdaten dienen ausschließlich der Kontaktaufnahme mit Ihnen in mündlicher oder schriftlicher Form (zum Bsp. zur Befundbesprechung oder Terminvereinbarung).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, zum Bsp. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass ich Veränderungen meiner Kontaktdaten zeitnah der Praxis mitteile.

Datenschutzinformationen zu Doctolib

Einwilligung zu Terminerinnerung per SMS und/oder E-Mail Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Terminkalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig.

Datum, Unterschrift _____