

Dr. med. Jutta Kenkmann-Auer
Dr. med. Christine Schreiber

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Wasserstr. 105 a , 44803 Bochum

Tel.: 0234 /795630

Fax: 0234/795638

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
-------	----------	-------------

Einverständniserklärung zum Versand von Arztbriefen

Liebe Patientin,

im Datenschutz (SGB V § 73) ist geregelt, dass wir nur Arztbriefe verschicken dürfen, wenn Sie uns das schriftlich erlauben.

Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht von uns erhalten dürfen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen. Nur dann werden diese Befunde weitergeleitet.

Deshalb bitten wir Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

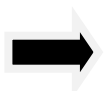
- Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie **keinen** Befundbericht an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.
- Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt/Ärztin als auch andere mitbehandelnden Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.
- Ich möchte, dass folgende mitbehandelnden Ärzte bei auffälligen Befunden einen Bericht über diese durchgeführten Untersuchung erhalten, nämlich

Hausarzt: _____

_____ :

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann, ist mir Bekannt.

.....
Datum, Unterschrift



Dr. med. Jutta Kenkmann-Auer
Dr. med. Christine Schreiber
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Wasserstr. 105 a , 44803 Bochum
Tel.: 0234 /795630 Fax: 0234/795638

Einverständniserklärung zum Versand von personenbezogenen Daten

Liebe Patientin,

im Rahmen des Datenschutzes ist geregelt, dass wir Probematerial (z.B. Krebsvorsorgeabstriche, zytologische Abstriche, Blut oder Urin) und Befunde nur mit Ihrer schriftlichen Zustimmung an andere Fachgruppen z.B. Labore, Radiologe, Histologe, Zytologe und für deren Arbeitsbereiche bzw. für deren Befunderstellung verschicken dürfen.

Hiermit erkläre ich, _____
Name, Vorname Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen, persönlichen Daten zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, sowie deren Abrechnung weitergeleitet werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen Daten mit- und weiterbehandelnden Ärzten telefonisch, elektronisch und per Telefax übermittelt werden dürfen.

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

.....
Datum, Unterschrift

Patientenfragebogen

Danke, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so gut es Ihnen möglich ist aus. Unverständliche Fragen lassen Sie einfach weg. Wir können sie gerne zusammen im Gespräch klären.

Name, Vorname : _____

Tel. (privat) _____

Handy _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden getrennt lebend

Beruf: _____

Diabetes Nein

Ja

Behandlung:

Insulinpflichtig

Tabletten

Diät

Bluthochdruck Nein

Ja

Schilddrüse Nein

Ja, was

Andere Erkrankungen Nein

Ja, welche

Medikamente: Nein

Ja, für welche Erkrankung

Nikotin Nein

Ja, wie viel pro Tag



Allergien Nein
 Ja (Wenn ja, welche ??)

(bitte geben Sie an, worauf oder wie Sie allergisch reagieren)

Penicillin Aspirin - ASS Pflaster Latex

Sonstige

gynäkologische Anamnese:

Letzte Regelblutung : (erster Tag der Blutung)

regelmäßige Blutung unregelmäßige Blutung schmerzhafte

derzeitige Verhütung: Pille, welche.....
 Kondom
 Spirale welche seit

sonstiges.....

allererste Regelblutung (Menarche) Jahre oder Jahrgang (Bsp: 12 Jahre oder 1980)

allerletzte Regelblutung (Menopause) Jahre oder Jahrgang
(Bsp: 12 Jahre oder 1980)

Krebsvorsorge: Nein
 Ja, wann (Monat und Jahr)

Mammographie: Nein
 Ja, wann(Monat und Jahr)

Darmspiegelung: Nein
 Ja, wann(Monat und Jahr)

Gyn. Operationen Keine
 Ja, welche

Brustoperationen Keine
 Ja, welche



Allg. Operationen Keine
 Ja, welche

Geburten Nein
 Ja

Wann (Jahr)	Spontan / Kaiserschnitt	Besonderheiten

Fehlgeburten Nein Ja, wann

Abbrüche Nein Ja, wann

Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister)
(z.B. Krebs, Geschlechtskrankheiten, Fehlbildungen, Erbkrankheiten, andere Besonderheiten)

- Keine
- Ja, welche

Bitte denken Sie daran, uns alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Datum _____

Unterschrift _____