



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: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Diabetes Nein
 Ja

Behandlung: Insulinpflichtig Tabletten Diät
Gefäßschädigung Nein Ja

Migräne Nein Ja

Blutgerinnungsstörung Nein Ja

Erhöhung der Blutfette Nein Ja

Thrombose Nein Ja, wann

Lungenembolie Nein Ja, wann

Herzinfarkt Nein Ja, wann

Schlaganfall Nein Ja, wann

Herzerkrankung (wie Vorhofflimmern, Rhythmusstörung; Schlaganfall) Nein
 Ja

Schilddrüse Nein
 Ja, was

Darmerkrankung Nein
 Ja, was

Autoimmunerkrankung Nein
 Ja, welche

Andere Erkrankungen Nein
 Ja, welche

Medikamente: Nein
 Ja, für welche Erkrankung

Nikotin Nein
 Ja, wie viel pro Tag

Allergien Nein
 Ja, welche

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

Penicillin Aspirin - ASS Pflaster Latex

Sonstige

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten:

Masern Röteln Windpocken Mumps

Impfungen: (Welche?? Jahr der letzten Impfung)

Masern/Mumps/Röteln Windpocken Gebärmutterhalskrebs
 Hepatitis B
 Sonstige

Bitte bringen Sie den Impfpass zur Überprüfung in die Praxis.

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)

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	M/ W	Geburtsverlauf o. Besonderheiten	Gewicht/Länge	Gestillt? wie lange

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
wie Erhöhung der Blutfette, Bluthochdruck [Thrombose, Herzinfarkt, Lungenembolie,
Schlaganfall bei Angehörigen unter 50 Jahren]

- 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 _____

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

Arzt: _____

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