



# 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