



PRAXIS VIRCHOWSTRASSE  
Gynäkologische Gemeinschaftspraxis

NAME:

VORNAME:

GEB.DATUM:

Adresse mit PLZ:

Festnetz Telefon:

Mobil Nummer:

E-Mail:

Beruf:

Krankenkasse:

---

Gynäkologische Operationen (dazu zählen auch z.B. Fehlgeburten, Kaiserschnitte)

Falls ja, welche:

.....

Chronische Krankheiten?

Falls ja, welche:

.....

Haben Sie Kinder geboren? (Geburtsjahre)

.....

---

Wann sind Sie zuletzt geimpft worden? Wogegen? .....

Sind Sie gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) geimpft?    nein             ja  wann.....

**Gerne überprüfen wir Ihren Impfstatus**

Wann war Ihr letzter Krebsabstrich? .....

Haben Sie Allergien gegen Medikamente? .....

Hatten Sie schon mal eine    Darmspiegelung?

Mammographie?

Wann? .....

Wann? .....

Wann war Ihre letzte Periode? .....

Haben Sie Blutungsprobleme?

nein

ja

Haben Sie Ausfluss, der Ihnen ungewöhnlich erscheint?

nein

ja

Nehmen Sie Hormone ein? (Pille / Wechseljahre) Was?

nein

ja

Tragen Sie eine Spirale? Welche?

nein

ja

Haben Sie Probleme mit dem Stuhlgang?

nein

ja

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen?

nein

ja

Geht Ihnen unwillkürlich Urin ab?

nein

ja

Rauchen Sie?

nein

ja

Sind Sie dauerhaft auf Medikamente angewiesen?

nein

ja

Welche?.....

Haben Sie einen Knoten in der Brust getastet?

nein

ja

Sind Familienangehörige mit Krebs der Arten Darm / Unterleib / Brust belastet?

Wer? Welche Art? .....

**BITTE WENDEN !**

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG:**

Praxis Virchowstrasse, Virchowstr. 10, 44263 Dortmund  
Tel.:0231 94 11 88 0 Fax.:0231 94 11 88 33

**Name:**

**Vorname:**

**Geb.Datum:**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis fehlende Arztberichte und Befunde von Vorbehandlungen aus Krankenhäusern und anderen Praxen bei Bedarf für meine Patientenakte anfordern darf. Ich bin damit einverstanden, dass Dokumente auch von dritten abgeholt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und vereinbarten Termine unverschlüsselt an meine eigene E-Mailadresse oder per SMS an meine eigene Rufnummer durch unsere Praxis und unsere Terminsoftware Clickdoc übermittelt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Laboraufträge (Blutentnahmen etc.)  
(Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen)
- weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser

**Folgende Personen dürfen zusätzlich Auskunft über meine Daten bekommen:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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