



Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

Telefon ..... Mobil .....

Email .....

Beruf (vorherig) .....

Hausarzt .....

Größe ..... Gewicht .....

**Alter bei der ersten Regelblutung** .....

**Datum letzte Regelblutung?** .....

**Rauchen Sie?**  ja /  nein /  aufgehört

Wenn ja, wie viel am Tag? ..... Seit wann? .....

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein

Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? .....

**Operationen (Gyn)?**  ja /  nein

Wenn ja, welche: .....

**Allergien?**  ja /  nein

Wenn ja, welche: .....

**Kinderwunsch?**  ja /  nein      Wenn ja, seit wann: .....

**Sind Sie Schwanger?**  ja /  nein /  möglicherweise

Wenn ja, in welcher Woche? .....

**Anzahl: Geburten?** ..... davon mit ..... Kaiserschnitt ..... Zange .....

Saugglocke ..... Komplikationen .....

**Anzahl:**

**Fehlgeburten?** ..... **Abbrüche?** ..... **Eileiterschwangerschaften?** .....

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

Bluthochdruck  Thrombose  Schlaganfall  Herzinfarkt  Krampfadern

Lebererkrankung  Nierenerkrankungen  Diabetes mellitus  Epilepsie  Osteoporose

Hormonstörungen  Schilddrüsenerkrank.  Blutungsneigung  Arthrose  Harninkontinenz

Krebserkrankungen  Gemütskrankung  Asthma / COPD  Hepatitis / HIV  sonstiges

**Traten in Ihrer Familie (Eltern / Geschwister / Tante mütterlicherseits) folgende Erkrankungen auf?**

Bluthochdruck  Thrombose  Herzinfarkt  Schlaganfall  Krampfadern

Krebserkrankungen  Diabetes mellitus  Allergien  Geburtliche Fehlbildungen

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?**  ja /  nein

Wenn Ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar)

.....

**Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung?** .....

**Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:**

Arzt  Familie  Bekannte(r)  Zeitung  Homepage  Internet  Praxisschild  Sonstiges

**Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden?**  ja /  nein

über:  Email  Telefon  Brief

.....

Datum Unterschrift

## **Einverständniserklärung zur gemeinsamen Datennutzung**

Die Patientendaten der Rheinpraxen werden zentral auf einem Datenverarbeitungsserver gespeichert und unterliegen einem besonderen Datenschutz.

Hiermit stimme ich der gemeinsamen Datennutzung durch alle Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft Franz - Dr. Schulkowski GbR (Rheinpraxen Meerbusch-Lank, Meerbusch-Lank Gynäkologie, Meerbusch-Osterath, Düsseldorf-Grafental) und der Rheinpraxen GmbH (MVZ Krefeld-Bockum) zu.

## **Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....  
Datum Unterschrift