

Liebe Patientin!

Zu Beginn Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.  
Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an eine Arzthelferin. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihre Gemeinschaftspraxis 3 Frauenärztinnen

**Name**

*last name*

**Geburtsname**

*birthname*

**Vorname**

*firstname*

**Geburtsdatum**

*date of birth*

**Straße**

*street*

**PLZ/Wohnort**

*post code/ residence*

**Telefonnummer**

*phone*

**Krankenkasse**

*health insurance*

**Hausarzt**

*primary physician*

**Beruf**

*career*

**Familienstand**

*family status*

**Empfohlen durch**

*recommended*

**Jährliche Erinnerung an Krebsvorsorge per Mail?**

Ja

Nein

E-mail:.....

*Annual reminder for cancer screening?*

Yes

No

*mailadress:.....*

**Medizinische Fragen/medical questions**

**Frühere Operationen**

*surgery in past*

---

**Frühere Erkrankungen**

*past diseases*

---

**Gegenwärtige Erkrankungen**

*current diseases*

---

**Regelmäßige Medikamente**

*regular medication*

---

**Gegenwärtige Therapien**

*current therapy*

---

**Allergien**

*allergies*

---

**Entbindungen (Geburtsdatum und Name der Kinder)**

*births (date of birth + name from kids)*

- - 
  - 
  -
- 

**Letzte Periode**

*last periode*

---

**Letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung**

*last cancer screening*

---

**Letzte Mammographie**

*last mammography*

---

**HPV Impfung („Gebärmutterhalskrebsimpfung“)**

*immunisation against human papilloma virus*

Ja

Yes

Nein

No

**Einverständniserklärung**

**zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

**gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- eine von mir bestimmte Person Dokumente (Rezepte, Überweisungsscheine, Befunde, o.ä.) abholen darf
- ich per E-Mail (Angabe freiwillig) an meinen nächsten Vorsorgetermin erinnert werden möchte

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.