

Dysplasie-Einheit München

(Zertifizierte Dysplasie-Einheit nach DKG, DGGG, AGO, AGCPC)

Dr. Thomas Weyerstahl & Kollegen

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Vor Ihrem Besuch der Sprechstunde benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Weiterhin benötigen wir Ihr Einverständnis zur Weiterbearbeitung Ihrer Daten soweit es für Ihre Behandlung nötig ist. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____

PLZ / Wohnort: _____ Straße: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____

überweisender Arzt: _____ Krankenkasse: _____

Tel. priv.: _____ Tel. tagsüber: _____

Email: _____

bei Privat-Versicherten Beihilfe-berechtigt: Ja / Nein

Geburten: _____ Art der Geburt: _____ Besteht Kinderwunsch ? Nein Ja, aktuell Ja

Haben Sie einen festen Partner? _____ Fehlgeburten/Abbrüche: _____

Wie verhüten sie? _____ Rauchen sie? _____ wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Alter bei der 1. Regelblutung: _____ Letzte Regelblutung: _____

Operationen (Art / Jahr): _____

Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf, Magen-Darm-Trakt, Nieren, Haut, Infektionen etc.): _____

Thrombose / Embolie: _____ Allergien: _____

Medikamente: _____

Erkrankungen in der Familie (z. B. Gebärmutterhalskrebs): _____

Wurden Sie gegen HPV geimpft? ja nein Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Wurden Sie gegen Corona geimpft? ja nein genesen wann war Ihre letzte Impfung? _____

Mit der Weitergabe meiner Behandlungsdaten:

- 1) - an mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte und Labore bzw. von vor-/mitbehandelnden Ärztinnen/Ärzten und Laboren an das Dysplasiezentrum
- 2) - in Form von Anschreiben an mich (per Brief, Email, sms oder Telefonanruf)
- 3) - bei der Aufbewahrung meiner Daten in Form von Papierakten oder auf externen, gesicherten Datenträgern (z.B. Server)
- 4) - in Form einer Photodokumentation (nur zum Zwecke der Behandlung)

Die Punkte 1-4 sind für Ihre Untersuchung erforderlich

- 5) - in Form einer Photodokumentation (zum Zwecke der Fort-/Ausbildung von Kolleginnen/Kollegen)

ich bin für alle Punkte 1 - 5 einverstanden;

ich bin für die Punkte 1-4 einverstanden

München, den _____

Unterschrift Patientin _____