Dysplasie-Einheit München
Dr. Weyerstahl und Kolleg*innen

amedes MVZ für Gynäkologie und Pathologie München GmbH

amedes

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** □

Sind Sie schwanger? _____ **wenn ja, bitte 1. Tag der letzten Periode** _____

oder Entbindungstermin _____ **eintragen.**

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 (aller Art): _____

_____

Thrombose / Embolie: _____ **Allergien:** _____

Medikamente: _____

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

_____

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

Mit der Weitergabe meiner Behandlungsdaten:
1. an mitbehandelnde Ärzt*innen und Labore bzw. von vor-/mitbehandelnden Ärzt*innen 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 Kolleg*innen)

☐ ich bin für alle Punkte **1 - 5** einverstanden; ☐ ich bin für die Punkte **1-4** einverstanden

München, den _____ **Unterschrift Patientin**_____