

Dr. med. V. Quakernack
Dr. med. C. Bischoff-Everding
Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zytologisches Labor, Akupunktur
Zertifizierte Dysplasiesprechstunde, Pränatalmedizin

Pottkamp 19
48149 Münster
Tel: 0251-80055
Fax: 0251-80059

Anmeldeformular

(diese Angaben sind freiwillig und werden zum internen Zweck gespeichert)

Name, Vorname: _____ geb. _____
Handynummer: _____ Telefon privat: _____
Anschrift/ Postleitzahl und Wohnort: _____
Email: _____
Beruf: _____
Gewicht: _____ kg, Größe: _____ cm,

Fragen zur Krankengeschichte

Rauchen Sie? nein ja, täglich _____ Stück
Haben Sie Allergien? nein ja, Welche? _____
Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft:
Brustkrebs? nein ja Wer? _____
Eierstockkrebs? nein ja Wer? _____
Erbkrankheiten? nein ja Welche? _____
Thrombosen oder Embolien? nein ja Osteoporose (Knochenentkalkung)? nein ja
Sind Sie gegen HPV (Gebärmutterhalskrebs) geimpft? nein ja
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? _____
An welchen Organen waren Sie schon einmal erkrankt?
Herz nein ja **Lunge** nein ja
Magen/Darm nein ja **Leber/Niere** nein ja **Psyche** nein ja
Gynäkologische Operationen: _____
Allgemeine Operationen: _____
Wie oft waren Sie bisher Schwanger? _____
Wie viele Geburten? _____, wie viele Fehlgeburten? _____, wie viele Kaiserschnitte? _____
Wie verhüten Sie? Pille nein ja / Welche Pille? _____
Spirale? nein ja Sonstige Methoden zur Verhütung: _____
1. Tag der letzten Regelblutung: _____
Erste Regelblutung(Menarche): _____
Letzte Regelblutung(Menopause): _____

Ich bin damit einverstanden, dass vorhandene Unterlagen die für die Bewertung meines Krankheitsbildes erforderlich sind, angefordert werden dürfen. nein ja

Den Datenschutz auf der umliegenden Seite habe ich gelesen und verstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

↘
Bitte wenden

Name, Vorname

Geburtsdatum

Patienteneinwilligung nach EU-DSGVO

Ihre personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertendaten) benötigen wir, um die von Ihnen gewünschten Untersuchungen durchführen zu können, Arztbriefe erstellen zu können und die erbrachten Leistungen abrechnen zu können.

In diesem Zusammenhang werden Ihre Daten ggf. an weitere Stellen weitergeleitet. Dies können z.B. die KV zur Abrechnung oder das Fremdlabor für relevante Blutuntersuchungen sein, welche wir nicht selbst durchführen können. Hierunter fallen auch humangenetische Untersuchungen im Rahmen der Pränataldiagnostik, falls Sie dieses wünschen. Es kann auch das pathologische und zytologische Labor zur Untersuchung von Gewebeproben und Zellabstrichen sein. Sollten Sie ihr Einverständnis zum Recall (wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen) geben, fällt auch diese Datenspeicherung unter die DSGVO. Beruht eine dieser Datenübermittlungen nicht auf einer gesetzlichen Grundlage, stellen wir Ihnen natürlich im Vorfeld eine entsprechende Einwilligungserklärung zur Verfügung, damit Sie Ihr Einverständnis schriftlich bestätigen können.

Diese Einverständniserklärung enthält selbstverständlich einen Hinweis auf das Ihnen zustehende Widerrufsrecht.

Sie haben jederzeit das Recht, Einsicht in Ihre Daten zu wünschen. Bitte sprechen Sie uns kurz an, damit wir einen entsprechenden Termin vereinbaren können. Sollte Ihnen im Rahmen dieser Akteneinsicht auffallen, dass uns bei der Erhebung Ihrer Daten ein Fehler unterlaufen ist, so korrigieren wir dies natürlich umgehend. Bitte beachten Sie, dass wir Daten nicht auf Wunsch löschen können, da wir gemäß den gesetzlichen Vorgaben z.B. aus der Musterberufsordnung für Ärzte verpflichtet sind, Ihre Daten 10 Jahre zu archivieren, bevor diese vernichtet werden können. Vor Ablauf dieser vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht können Sie lediglich eine Einschränkung der Datenverarbeitung beantragen, welche jedoch auch erst ab dem Datum des Antrags gilt.

Bei weiteren Fragen können Sie sich auch gerne jederzeit an uns wenden. Die Kontaktdaten stellen wir Ihnen auf Anfrage zur Verfügung.

Auf Wunsch händigen wir Ihnen gerne eine Kopie dieser Patienteneinwilligung aus.

Diese Patienteneinwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbehörde für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf

Ich bin damit einverstanden, dass vorhandene Unterlagen, die für die Bewertung meines Krankheitsbildes erforderlich sind, angefordert werden dürfen nein ja

Den Datenschutz habe ich gelesen und verstanden

.....
Datum, Unterschrift der Patientin (ggf. gesetzlicher Vertreter)