

Willkommen in unserer Dysplasiesprechstunde

Für Ihren Termin benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand sowie Ihr Einverständnis zur Weiterbearbeitung Ihrer Daten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Beruf: _____

Mobil: _____ Email: _____

Klinische Angaben

1. Wie oft waren Sie schwanger? _____
 - a. Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____
 - b. Wie viele Fehlgeburten/Abbrüche hatten Sie? _____

2. Haben Sie ihre Familienplanung abgeschlossen? Ja Nein Unklar
 - a. Wie verhüten sie? _____

3. Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

4. Welche Grund-/Vorerkrankungen haben Sie?

5. Welche Operationen wurden bereits durchgeführt (Art der OP / Jahr)

6. Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?
Nein Ja _____

7. Gibt es bei Ihnen oder in ihrer Familie ein Thrombose Leiden?
Nein Ja

8. Nehmen Sie Medikamente ein,
Nein Ja _____

9. Wurden Sie gegen HPV geimpft?
Nein Ja mit (*Handelsname*) _____

Mit der Weitergabe meiner Behandlungsdaten (*Die Punkte 1-4 sind für Ihre Untersuchung erforderlich.*)

1. an mitbehandelnde bzw. von vor-/mitbehandelnden Ärzt*innen & Labore bzw. an das Dysplasiezentrum
2. in Form von Anschreiben an mich (per Brief, E-Mail, 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 Fotodokumentation (zum Zwecke der Behandlung)
5. in Form einer Fotodokumentation (zum Zwecke der Fort-/Ausbildung)

 ich bin für alle Punkte 1 - 5 einverstanden ich bin für die Punkte 1-4 einverstanden

Regensburg, den _____

Unterschrift Patientin: _____