


Gemeinschaftspraxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gesundheitsfragebogen	
Dr. med. A. Rittershaus Karina Funke Annika Röhrs	Version 15	

Name _____ Vorname _____ geb. _____
 Straße _____ PLZ / Ort _____
 Beruf _____ Tel./Handy _____
 Hausarzt _____ E-Mail-Adresse _____

	Nein	Ja		<u>Wann? / Wie viele?</u>
Haben Sie zurzeit Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie zurzeit Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wann war Ihre letzte Blutung?				_____
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Fehlgeburten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Schwangerschaftsabbruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Darmspiegelung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wurde eine HPV Impfung durchgeführt? (Gebärmutterhalskrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____


	Nein	Ja		Nein	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck hoch/niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung (z.B. Hepatitis/Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie (Krampfleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche (z.B. HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Krankheiten:					

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? (Pille?) _____
 Sind Sie schon einmal operiert worden? (Organ /Jahr) _____
 Ist bei Ihnen jemals eine Mammographie durchgeführt worden? _____
 Sind Familienangehörige an Brust- oder Eierstockskrebs erkrankt? _____
 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, den mit uns vereinbarten Termin einzuhalten, setzen Sie uns bitte rechtzeitig vorher davon in Kenntnis.

Datum _____ Unterschrift _____



Gemeinschaftspraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe	QM-Handbuch 2.3.2 Datenschutzerklärung für Patienten/Patientinnen	 <i>rittershaus & funke & röhrs</i>
Dr. med. A. Rittershaus Karina Funke Annika Röhrs		

Das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

- Ich bin mit der Datenübermittlung (= Hausarztbrief) an den uns von Ihnen genannten Hausarzt einverstanden.
- Ich bin ebenfalls mit der Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser einverstanden, wenn diese zum Wohle meiner Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen.
- Ich bin einverstanden, dass Laboruntersuchungen mit meinen Personalien an das Fachlabor Wagnerstibbe (Amedes Hannover) und-/oder Pathologie Richter, sowie MVZ Wagnerstibbe (Bad Münder) gesendet werden.
(Einige Auswertungen können nicht in unserer Praxis durchgeführt werden).
- Diesbezüglich erfolgt bei einigen Untersuchungen die Weiterleitung Ihrer Daten an externe autorisierte Abrechnungsstellen der Labore (Rechnungen etc.).
- Ich bin einverstanden, dass die Praxis Dr. A. Rittershaus & K. Funke, A. Röhrs bei anderen Ärzten wichtige Unterlagen von mir anfordert (Befunde, Röntgenbilder, etc.).

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

Name: _____

Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Tel.: _____

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Überweisungen und Befunde.

Bevollmächtigte Personen:

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch Personalausweis) nachgewiesen werden muss.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Version 1.5	freigegeben von: Dr.Rittershaus/Funke/Röhrs	gültig ab 11.09.2019
-------------	---	----------------------