

Sehr geehrte Patientin,

herzlich Willkommen in der Tagesklinik GYNMÜNSTER. Bitte beantworten Sie uns zur Vorbereitung folgende Fragen:

Persönliche Daten

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Festnetz: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Name des überweisenden Gynäkologen:

Mitbetreuende Gynäkologen

(z.B. Kinderwunschzentrum, Dysplasie-Sprechstunde):

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Verhüten Sie?

Nein Pille _____

Kondom Spirale _____

Wann begann Ihre letzte Regelblutung?

Wie viele Geburten hatten Sie? _____

Wie viele Fehlgeburten hatten Sie? _____

Hatten Sie schon mal eine Eileiter-Schwangerschaft?

Ja Wann? _____ Nein

Sind Sie allergisch (überempfindlich) gegen
Medikamente o. a. Stoffe?

Krankenkasse

Gesetzliche Krankenkasse: _____

Private Krankenkasse: _____

Private Zusatzversicherung

Ja Nein

1 Bettzimmer

2 Bettzimmer

Chefarztbehandlung

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?

Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Welche? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wie viele Zigaretten täglich? _____

Liegt bei Ihnen eine außergewöhnliche Blutungs- oder
Thromboseneigung (Gerinnungsstörung, Z. n.
Thrombose) vor? Ja Nein

Welche? _____

Frühere Operationen? (z. B. Blinddarm, Kaiserschnitt?)

Welche Beschwerden haben Sie?

Was bzw. weshalb sollen Sie operiert werden bzw. sich
bei uns vorstellen?

Bitte informieren Sie uns persönlich, falls ein positiver HIV-(AIDS-) Test vorliegt!

Bei fehlender Krankenversicherung verpflichtet sich die Patientin, die sich aus der Behandlung ergebenden Kosten gemäß GOÄ-Honorarabrechnung gegenüber der Praxis selbst zu erstatten. Ich versichere hiermit gegenüber der Praxis, dass zum Zeitpunkt der Behandlung eine Krankenversicherung besteht.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Bitte wenden!