

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!

Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Patientin,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sind wir verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der ausliegenden Information (Wartezimmer) können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben. Da es für die folgenden Empfänger keine gesetzliche Erlaubnis der Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten gibt, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Befunde/Berichte:

Ihre Frauenärztin, Ihr Frauenarzt, weitere mitbehandelnde Ärzte wie z.B. Kinderwunsch-Zentrum, Dysplasie Zentrum, Hausarzt

Frauenärztin/-arzt: _____

Mitbehandelnde Ärzte/Kinderwunschzentrum: _____

Kooperierende Einrichtungen*

- Gemeinschaftspraxis für Anästhesie und Schmerztherapie
- Institut für Pathologie am Clemenshospital
- Auftragslaboratorien / Zytologie-Labor
- Hohenzollernklinik GmbH und Co. KG
- Endometriose Netzwerk – inkl. Patientennachbefragung

Tumorkonferenz/Dysplasiekonferenz/Endometriosekonferenz*

- Interdisziplinäre Tumorkonferenz im St. Franziskushospital Münster (GYN Krebszentrum)
- Interdisziplinäre Endometriosekonferenz Clemenshospital Münster
- Dysplasiekonferenz der „Zentralen Dysplasiesprechstunde Münster“ im UKM

**Die genauen Anschriften sind beim Personal in der Anmeldung zu erfragen und auch auf unserer Homepage hinterlegt.*

Erstellung und Verwendung von Befundbildern und -videos zur Dokumentation in Ihrer Patientenakte, sowie zur anonymisierten Nutzung in wissenschaftlichen Arbeiten.

Einwilligung zu Terminerinnerungen (Terminverwaltung) per SMS und/oder E-Mail mittels Doctolib GmbH (Kalendersystem), um Terminausfälle zu vermeiden.

Einwilligung zur Nachbefragung nach Operation per E-Mail zur Qualitätssicherung und Studienzwecken mittels Vilendo GmbH

Hiermit entbinde ich: _____ **(Patientenname)**

die Praxis GYNMÜNSTER von der gesetzlichen Schweigepflicht und erteile GYNMÜNSTER die Vollmacht, die personenbezogenen Gesundheitsdaten für die bei mir durchgeführte Behandlung an die angegebenen Gesundheitseinrichtungen weiterzuleiten. Diese können auf elektronischem Weg in verschlüsselter Form aus dem Praxisinformationssystem übermittelt werden. Die sonstigen Datenschutzregelungen werden eingehalten. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Münster, _____
Datum

Unterschrift Patientin/Eltern/Betreuer