



Sehr geehrte Patientin,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN

Patientin
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) (vorheriger) Beruf

Hausarzt Größe Gewicht

Verhüten Sie? ja / nein Wenn ja, mit Pille Kondom Spirale Ring Präparat: _____

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit? _____

Operationen (Gyn)? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Kinderwunsch? ja / nein Wenn ja, seit wann: _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein / möglicherweise Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Anzahl: Geburten? ____ davon ____ Kaiserschnitt/e ____ Zange/Saugglocke/n ____ Komplikationen _____

Anzahl: Fehlgeburten? _____ Abbrüche? _____ Eileiterschwangerschaften? li. re.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- Gerinnungsstörung Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt Krampfadern Migräne
- Bluthochdruck Lebererkrankung Nierenerkrankungen Diabetes mellitus Epilepsie
- Osteoporose Hormonstörungen Schilddrüsenerkrank. Blutungsneigung Arthrose
- Harninkontinenz Hepatitis / HIV Sonstige
- Gemütskrankung Asthma / COPD Krebserkrankungen: _____

Traten in Ihrer (blutsverwandten) Familie (Eltern/Geschwister/Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Allergien Diabetes mellitus
- Krebserkrankungen (Brustkrebs, Unterleibskrebs) Erbkrankheiten Geburtliche Fehlbildungen

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

ja / nein Wenn Ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar) _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Ort, Datum

Unterschrift

BITTE WENDEN.....



Frauenarztpraxis OBERLINDEN

Dr. Bettina Randelzhofer • Dr. Christina Bär

Patientenerklärung

Untersuchung zur Krebsfrüherkennung bei Frauen

Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich möchte im aktuellen Kalenderjahr _____ (Angabe des Kalenderjahres) eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau, wie unten angegeben, in der oben genannten Praxis in Anspruch nehmen. Weibliche Versicherte ab dem Alter von 20 Jahren, haben einmal im Kalenderjahr Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen:

-> **bitte ankreuzen**

- zwischen 20 und 34 Jahren auf eine klinische Untersuchung und zusätzlich auf eine zytologische Untersuchung.
- ab 35 Jahren auf eine klinische Untersuchung und zusätzlich alle drei Jahre auf ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung und HPV Test.

Falls ein solcher Test dennoch seit dem 01.01.2020 im Rahmen einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt worden ist, verpflichten Sie sich, die Kosten der ärztlichen Leistung als sog. Individuelle Gesundheitsleistung auf Selbstzahlerbasis entsprechend des gesondert abgeschlossenen Vertrags über die Inanspruchnahme von individuelle Gesundheitsleistung zu tragen.

Die Kosten dafür betragen nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ca. 15 Euro für ärztliche Leistung für die Abstrichentnahme, Aufbereitung, inkl. Beratung + zusätzlich ca. 17 Euro für die Leistung des Labors.

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung über den Verzicht auf die Einrede der Verjährung

Hiermit wird bestätigt, dass ich als Patientin der o.g. Praxis hinsichtlich der Abrechnung der Krebsfrüherkennung im Rahmen des Vertrags über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen, sowie in Kenntnis eines möglichen Regresses der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, auf die Einrede der Verjährung verzichte.

Ort, Datum

Unterschrift