



GYNÄKOLOGIE AM RIEDBERG
Praxis für Frauenheilkunde

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

herzlich Willkommen in unserer Praxis Gynäkologie am Riedberg. Um Sie medizinisch optimal versorgen zu können bitten wir Sie um die Angabe folgender Daten:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
E-Mail-Adresse: _____
Beruf: _____

Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (Kg): _____
Rauchen Sie? Nein Ja Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Sind bei Ihnen Allergien, vor allem gegen Medikamente bekannt?

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

(z.B. Blutgerinnungsstörungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Tumorerkrankungen, psychische Leiden etc.)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche

Operationen:

Familiäre Vorerkrankungen:

Anzahl an Geburten: _____ Wann?wie? _____

Anzahl an Fehlgeburten: _____ Wann? _____

Besteht ein aktueller Kinderwunsch? Nein Ja

Verhüten Sie? Nein Ja _____ (Verhütungsmittel)

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung: _____ Letzte Mammographie: _____

Grund Ihrer Vorstellung:

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Frankfurt, den _____

(Unterschrift Patientin)



GYNÄKOLOGIE AM RIEDBERG
Praxis für Frauenheilkunde

Dateneinwilligung

Liebe Patientinnen und Patienten,

ich freue mich, Sie in meiner Praxis Gynäkologie am Riedberg begrüßen zu dürfen.

Um eine reibungslose, unkomplizierte und umweltschonende Kommunikation zu gewährleisten, möchten wir Ihnen Ihre Unterlagen, Befunde und Arztbriefe gerne auf Anfrage auch per E-Mail zukommen lassen. Dafür benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Hiermit bin ich einverstanden, dass meine Unterlagen, Befunde und Arztbriefe per E-Mail an mich versendet werden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

E-Mail Adresse: _____

Name, Vorname: _____

Um Sie bestmöglich versorgen zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung, Weiterübermittlung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten. Diese betrifft ebenfalls den Datenaustausch zwischen Krankenkassen, Versorgungsämtern und weiterbehandelnden Ärzten.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Gynäkologie am Riedberg, Frau Dr. med. Caroline Gatzka, Riedbergplatz 1, 60438 Frankfurt am Main meine persönlichen Daten, im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwenden darf.

Frankfurt, den: _____ Unterschrift: _____