



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: (bitte deutlich schreiben) _____

Beruf: _____

Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (Kg): _____

Rauchen Sie? Nein Ja Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt? (z.B. Herz-Kreislauf/Blut/Krebs/psych. Krankheiten)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche

Operationen:

Gibt es in Ihrer Familie Brust- oder Eierstockkrebs oder Thrombosen?:

Anzahl an Geburten: _____ Wann?wie? _____

Anzahl an Fehlgeburten _____ Wann? _____

Verhüten Sie? Nein Ja Wie? _____

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung: _____ Letzte Mammographie: _____

Grund Ihrer Vorstellung:

Frankfurt, den _____

Unterschrift



GYNÄKOLOGIE AM RIEDBERG
Praxis für Frauenheilkunde

Dateneinwilligung

Für Patientin/Patient:

Name, Vorname: _____ geb: _____

Einverständnis E-Mail Kommunikation

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. Darüber hinaus erinnern wir Sie gerne per Mail an Ihre nächste Vorsorge. Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit widerrufen.

E-Mail Adresse: (bitte deutlich schreiben) _____

Einverständnis Datenaustausch/ Dateneinwilligung

Um Sie medizinisch versorgen zu können benötigen wir Ihre Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung, Weiterübermittlung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten. Diese werden auf Grundlage der DSGVO verarbeitet. 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.

Zur privatärztlichen Rechnungserstellung (auch IGEL-Rechnungen, Terminausfallrechnungen) werden Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum an die Privatärztliche Abrechnungsstelle Kubowitsch weitergeleitet.

Terminausfallkosten:

Bei nicht wahrgenommenen Terminen ohne Absage werden Ihnen Kosten in **Höhe von 40€ pro Termin** in Rechnung gestellt. Termine können in Ihrem Profil im Onlinekalender oder per Mail abgesagt werden.

Datum/Unterschrift: _____