

Sehr geehrte Patienten um Sie besser kennen zu lernen,
möchten wir Sie bitten uns ein paar Fragen zu beantworten.



ID: _____

Name: _____ **Handy:** _____
Vorname: _____ **Telefon:** _____
Geburtsdatum: _____ **Beruf:** _____
Adresse: _____ **Hausarzt:** _____
PLZ, ORT: _____

Größe: _____
Gewicht: _____
Rauchen: Ja Nein

HPV Impfung: Ja Nein

Operationen? Welche/Wann? _____

Haben Sie eine Allergie? Welche? _____

Wann war die letzte Krebsvorsorge ca. Jahr: _____

Beschwerden? Welche? _____

Schwangerschaftsabbrüche/Jahr? Nein _____

Fehlgeburten/Jahr? Nein _____

Geburten: Nein

Geburtsjahr	Männlich	Weiblich	Spontan(Ohne OP)	Kaiserschnitt

Alter der Allerersten Periode im Leben? _____

Datum der letzten Menstruation(1.Tag): _____

Dauer eines Zyklus? ca. 26-28 Tage
 20-25 Tage
 unter 20 Tage
 29-40 Tage
 über 40 Tage
 Menopause

Nehmen Sie eine Antibabypille? Welche? _____

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN



Sehr geehrte Patienten um Sie besser kennen zu lernen,
möchten wir Sie bitten uns ein paar Fragen zu beantworten.



ID: _____

Nehmen Sie Medikamente? Welche? _____

Nehmen Sie Hormone? Welche? _____

Verhüten Sie mit der Spirale? Welche und seit wann?

Leiden Sie an...?	Nein	Ja ich selbst...	Familienmitglied, welches?
Thrombosen oder Embolien?			
Leberkrankheiten?			
Infektionskrankheiten?			
Zu hoher Blutdruck?			
Diabetes (Zuckererkrankung)?			
Krebserkrankung? Chemotherapie?			
Sonstige Erkrankungen?			

Befundübermittlung vor- und weiterbehandelnde Ärzte:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass vor- und weiterbehandelnden Ärzten Befunde übermittelt werden.

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Die **Praxis Dr. med. Radu Rizea** wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörige oder gesetzlichen Betreuer von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten)

Vor- und Nachname: _____

Vor- und Nachname: _____

Die oben gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer und auf Anfrage einem Handzettel informiert.

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehen Zeit noch anderweitig verplanen können. Andernfalls kann Ihnen Eine Ausfallpauschale gemäß § 615 BGB in Höhe von 25€ in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Bitte sagen Sie Ihren Termin deshalb spätestens 24 Stunden vorher per E-Mail oder Telefon ab.

E-Mail: praxis@rizea-med.de

Telefon: 0821-6089070

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter