



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: _____ **E-Mail:** _____
Adresse: _____ **Beruf:** _____
PLZ, ORT: _____ **Hausarzt:** _____
Versicherung: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Rauchen: Ja Nein

HPV Impfung: Ja Nein

Windpocken Impfung oder Erkrankung: Ja Nein

Mumps-Masern-Röteln 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 (Wenn ja s.u.) Nein

Geburtsjahr	Männlich	Weiblich	Spontan(Ohne OP)	Kaiserschnitt

Alter der Allerersten Periode im Leben? _____

Datum der letzten Menstruation(1.Tag): _____

Dauer eines Zyklus? ca. _____ Tage.

(Der Zyklus beginnt am 1. Tag der Periode und endet am letzten Tag vor der nächsten Periode)

Oder Menopause

Nehmen Sie eine Antibabypille? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente? Welche? _____

Verhüten Sie mit der Spirale? Welche und seit wann? _____

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN





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

ID:

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

Befundübermittlung vor- und weiterbehandelnde Ärzte:

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

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

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

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