Fragebogen

Liebe Patientin,
um mehr Zeit für Sie und Ihre jetzige Beschwerden zu haben, möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen im Vorfeld auszufüllen.
Vielen Dank!!!

Name, Vorname:

Adresse:

Mobil, Festnetz:

E-Mail:

Beruf: *Wie groß sind Sie?*

Wie schwer sind Sie?

Gibt es in Ihrer Familie Krankheiten? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wenn ja, welche? Auch Krebserkrankungen?

Wurden Sie schon mal operiert? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wenn ja, wann uns welche OP hatten Sie?

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt auch außerhalb der Frauenheilkunde? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wenn ja, welche?

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? Thrombose? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wann war die letzte Krebsvorsorge? ☐ *mit Abstrich* ☐ *ohne Abstrich*

Sind Sie gegen HPV geimpft worden? ☐ *JA:* ☐ *2 Impfungen /* ☐ *3 Impfungen* ☐ *Nein*

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Hormone? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wurde bereits eine Mammographie durchgeführt? ☐ *JA Wann:* ☐ *Nein*

Rauchen Sie ? ☐ *JA* *am Tag* ☐ *Nein*

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ *JA* _____ *am Tag/Wo* ☐ *Nein*

Mit wie viel Jahren war Ihre erste Regelblutung? _____

Ist Ihr Zyklus regelmäßig alle 26 – 30 Tage? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Haben Sie Schmerzen bei der Blutung? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wie viele Kinder haben Sie geboren und wann? Waren der Schwangerschaftsverlauf und die Entbindung unauffällig?

_____

Haben Sie schon einmal eine Fehlgeburt erlitten? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wenn ja, wann? _____

17. Hatte Sie schon einmal eine Spirale? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wenn ja, wie lange und wann? _____

Haben Sie Beschwerden bei Wasserlassen? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Verlieren Sie manchmal Urin? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Ist der Stuhlgang normal? ☐ *JA* ☐ *Nein* _____

Wurde bereits eine Darmspiegelung gemacht? ☐ *JA Wann:* _____ ☐ *Nein*

Sonstiges: _____

Sind Sie an naturheilkundlichen Therapieformen interessiert? ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wären Sie mit einem Recallsystem einverstanden? Erinnerungen „z.B. an die nä. Vorsorge“

☐ *JA* ☐ *Nein*

Wenn ja, wie möchten Sie es empfangen?

☐ *Mail* ☐ *Gesund.de App, wenn keine Mail gewünscht*

Ich wurde über die neuen Regelungen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung informiert:

☐ *JA* ☐ *Nein*

Ich wurde auch über die private Vorsorgemöglichkeiten informiert:

in der Krebsfrüherkennung: ☐ *JA* ☐ *Nein*

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Vielen Dank!

Ihre Gynäkologische Praxis: ***Dr. med. Nicole Wagner***

Aufnahme der Personaldaten mit Datenschutzerklärung

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum: E-Mail:

Adresse:

Krankenkassen-Nr: Versicherungs-Nr:

Diese Daten entnehmen Sie Ihrer Krankenkassenkarte auf der Vorderseite (Seite mit dem Foto).

Nur für Kassenpatientinnen:

Ich bin

☐ einverstanden, ☐ nicht einverstanden,

dass wichtige Informationen* auf meiner Versicherungskarte eingetragen und gespeichert werden.

*bei Pilleneinnahme, Hormontherapie (erhöhtes Thromboserisiko)
*Vorerkrankung z.B. Krebs
*Schwangerschaft

Datenschutz:

Ich habe die Patienteninformation der Datenschutzbestimmungen gelesen.

Nach Rechtsgrundlage für Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. H (DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Angaben meiner Daten der Richtigkeit entsprechen.

☐ Mir ist bekannt, dass die digitale Eingabe meiner persönlichen Daten im Unterschriftfeld dieselbe rechtmäßige Gültigkeit meiner persönlichen Unterschrift hat und damit eine Einwilligung erteilt wird.

Ort, Datum:

Unterschrift oder Vor- und Nachname:

Dr. med. Nicole Wagner
Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Naturheilverfahren -
Dreikönigenstr. 35, 53343 Wachtberg
Tel: 0228 / 342375 Fax.: 0228 / 858922
E-Mail: dr-nicole-wagner@t-online.de
Homepage: www.frauenaerzte-im-netz.de/n-wagner

Information-Videosprechstunde
Videotelefonie

Liebe Patientin,

nun ist es auch bei uns so weit, dass eine Videosprechstunde / Videotelefonie in unserer Praxis möglich ist, die Sie in Anspruch nehmen können. Es ist nur eine weitere sicherere (da eine feste Zeit vereinbart wird) Option, die Sie flexibel nutzen können.
Gerne sehen wir Sie persönlich in unserer Praxis und Sie können auch weiterhin persönlich mit Fr. Dr. Wagner telefonieren.

Die Videosprechstunde / Videotelefonie ersetzt natürlich nicht die persönliche Vorstellung und Kontrolluntersuchung beim Arzt, aber es können persönliche Beratungsgespräche sowie Befundbesprechungen mit der Ärztin einfach und bequem von zu Hause aus besprochen werden. Alles, was Sie dazu benötigen, ist ein Audio- und Videounterstützendes Gerät z.B. Laptop, Computer oder auch Smartphone, der mit dem Internetbrowser: Google Chrom, Mozilla Firefox oder Safari (iOS) ausgestattet / ausgerüstet ist.

Es ist sehr einfach in der Durchführung und Sie müssen KEINE App herunterladen.

Ablauf ist folgender: Am Tag des vereinbarten Termins bekommen Sie von uns den Zugangslink per E-Mail zugesendet. Sie bestätigen die Lesebestätigung und wählen sich dann 5 Min. vor dem vereinbarten Termin über den Link ein, in dem Sie den Link einfach nur anklicken und Sie werden automatisch weitergeleitet und verbunden.

Dabei ist auch die Datensicherheit für uns sehr wichtig, deshalb benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung, die Sie auch digital ausfüllen und uns zukommen lassen können, ohne dafür in der Praxis vorbei kommen zu müssen.

Selbstverständlich wurde die Auswahl des Anbieters hinsichtlich der Datensicherheit und der Vertraulichkeit sorgfältig geprüft und ausgewählt. Der Anbieter unserer Wahl ist geprüft und für die Videosprechstunde von der kassenärztlichen Vereinigung zertifiziert.

Sollten Sie noch weitere Informationen benötigen oder noch Fragen haben, können Sie uns jederzeit ansprechen!

2710960
Dr. med. Nicole Wagner
FÄ für Gynäkologie und
Geburtshilfe / Naturheilverf.
Dreikönigenstr. 35, 53343 Wachtberg
Tel: 0228 / 34 23 75 / Fax: 0228 / 85 89 22
E-Mail: dr-nicole-wagner@t-online.de
Homepage: www.frauenaerzte-im-netz.de/n-wagner

Information-Videosprechstunde

Liebe Patientin,

nun ist es auch bei uns soweit, dass eine Videosprechstunde in unserer Praxis möglich ist, die Sie in Anspruch nehmen können.
Selbstverständlich wurde die Auswahl des Anbieters hinsichtlich der Datensicherheit und der Vertraulichkeit sorgfältig geprüft und ausgewählt. Der Anbieter unserer Wahl ist geprüft und für die Videosprechstunde von der kassenärztlichen Vereinigung zertifiziert.

Sollten Sie noch weitere Informationen benötigen oder noch Fragen haben, können Sie uns jederzeit ansprechen!

Einwilligungserklärung

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum: E-Mail:

Adresse:

Krankenkassen-Nr: Versicherungs-Nr:

Diese Daten entnehmen Sie Ihrer Krankenkassenkarte auf der Vorderseite (Seite mit dem Foto).

Hiermit erkläre ich mich einverstanden:

- an der Videosprechstunde freiwillig teilzunehmen
- dass die Datensicherheit den gesetzlichen Forderungen entspricht
- dass das zu Besprechende zu Behandlungs- und Gesundheitszwecken dient
- dass alle erhobenen Daten und Angaben beidseitig vertraulich behandelt werden

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

☐ Mir ist bekannt, dass die digitale Eingabe meiner persönlichen Daten im Unterschriftfeld dieselbe rechtmäßige Gültigkeit meiner persönlichen Unterschrift hat und damit eine Einwilligung erteilt wird.

Ort, Datum:

Unterschrift oder Vor- und Nachname:

2710960
Dr. med. Nicole Wagner
Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Naturheilverfahren -
Dreikönigenstr. 35, 53343 Wachtberg
Tel: 0228 / 342375 Fax.: 0228 / 858922
E-Mail: dr-nicole-wagner@t-online.de
Homepage: www.frauenaerzte-im-netz.de/n-wagner

Einwilligungserklärung zur Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

alle mich behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht. Die nachfolgenden Personen dürfen Auskünfte über meinen Zustand erhalten. Ebenfalls können Rezepte oder sonstige Verordnungen ausgehändigt werden.

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Angaben meiner Daten der Richtigkeit entsprechen.

☐ Mir ist bekannt, dass die digitale Eingabe meiner persönlichen Daten im Unterschriftfeld dieselbe rechtmäßige Gültigkeit meiner persönlichen Unterschrift hat und damit eine Einwilligung erteilt wird.

Ort, Datum:

Unterschrift oder Vor- und Nachname:

2710960
Dr. med. Nicole Wagner
FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe / Naturheilverf.
Dreikönigenstr. 35, 53343 Wachtberg
Tel: 0228 / 34 23 75 / Fax: 0228 / 85 89 22