



Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Email-Adresse:

Vielen Dank für Ihr Interesse zur Aufnahme als Bestandspatientin.

Bevor Ihnen ein Termin angeboten werden kann, werden noch einige Angaben von Ihnen benötigt. Den vollständig ausgefüllten Bogen und die benötigten Befunde können Sie entweder per Post, per Email oder persönlich der Praxis zukommen lassen.

Nur vollständig ausgefüllte Bögen werden weiter bearbeitet.

Bitte beachten Sie, dass Neupatientinntermine aus organisatorischen Gründen nur morgens oder vormittags angeboten werden können.

Folgende Punkte bitte beantworten und beachten:

1. Wann wurden Sie zuletzt von einem Frauenarzt/einer Frauenärztin untersucht?

Monat und Jahr: \_\_\_\_\_

2. Ist in den nächsten Monaten ein Termin bei Ihrem/r bisherigen Frauenarzt/ Frauenärztin geplant?

Ja, und zwar am \_\_\_\_\_

Nein

3. Name des/der bisherigen Frauenarztes/der Frauenärztin:

\_\_\_\_\_

4. Sind oder waren Sie an einer Krebserkrankung der Brust oder der weiblichen Genitalorgane (Gebärmutterhals/-höhle, Eierstöcke, Scheide oder Vulva) erkrankt?

Nein

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_ Erstdiagnose (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

5. Haben Sie noch Ihre Gebärmutter oder Ihren Gebärmutterhals?
- Ja – dann weiter mit Punkt 6.
  - Nein, dann können Sie Punkt 6-8 überspringen
6. Sind Sie aktuell schwanger?
- Nein
  - Ja und ich bin bereits von einem/r Frauenarzt/Frauenärztin untersucht worden
  - Ja und ich habe bereits einen Termin bei einem/r anderen Frauenarzt/Frauenärztin
  - Ja und ich bin noch nicht von einem/r Frauenarzt/Frauenärztin untersucht worden
7. Sind sie gesetzlich versichert?
- Ja, dann weiter mit 8.
  - Nein, dann können Sie Punkt 8 überspringen
8. Wenn Sie älter als 20 Jahre sind, dann fügen Sie bitte diesem Fragebogen sämtliche Abstrichbefunde des Gebärmutterhalses ab dem Jahr 2020 (PAP-Befunde und ggfs. HPV-Test-Befunde) bei! Erst wenn diese der Praxis vorliegen, wird Ihnen einen Termin angeboten.

Eine gute Kommunikation ist der Schlüssel zu einer guten Diagnostik und Behandlung. Wenn Sie nicht fließend deutsch oder englisch verstehen und sprechen können, werden Sie zu jedem Termin einen Dolmetscher mitbringen müssen. Falls Sie ohne Dolmetscher erscheinen und eine ausreichend gute Kommunikation nicht möglich ist, werde ich die Diagnostik und Behandlung ablehnen – im Sinne Ihrer Gesundheit.

Hiermit bestätige ich, dass meine oben gemachten Angaben korrekt sind und ich die Hinweise zur Terminvereinbarung, Diagnostik und Behandlung in der Praxis gelesen habe.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_