

Dr Tiberius-Julius Dersidan
37, Route De Luxembourg
L-6450 Echternach
Tel: 00352-27993855
FAX: 00352-27998142
eMail: gynluxembourg@gmail.com
901406-82



Datenschutzerklärung

Bitte füllen Sie Ihre persönlichen Angaben aus :

Mädchenname : _____

Vorname : _____

Familiename : _____

Matricule / Geburtsdatum : _____

versichert bei (ankreuzen) : CNS andere Versicherung : _____

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) :

Telefonnummer mobil : _____

Telefonnummer Festnetz : _____

E-Mail Adresse : _____

Hiermit wurde ich darüber informiert, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der medizinischen Behandlung in der Praxis Dr. Dersidan digital gespeichert werden. Die Daten können und müssen zum Zwecke Ihrer Behandlung ggf. An Dritte wie z.B. medizinische Labore, Krankenhäuser, Mitbehandelnde Ärzte, Steuerbüro und Krankenkasse weitergegeben werden. Ansonsten erfolgt eine Weiterleitung der Daten nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch.

Auf welchem Wege können wir Sie kontaktieren, um z.B. die Notwendigkeit eines neuen Termins mitzuteilen oder Sie über Ihre Befunde zu informieren?

Telefonisch per Post per E-Mail

Datum, Unterschrift



Sehr geehrte Patientin,

die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit.

Bitte füllen Sie alle Punkte, so weit Sie können, aus und unterschreiben am Ende des Dokumentes.

Name, Vorname : _____

Gynäkologische Anamnese :

Datum der letzten Regelblutung : _____

Verhüten Sie ?

nein

ja, mit : Pille, Präparat : _____ Hormonspirale Kupferspirale Ring Kondom

Rauchen Sie ? nein ja, täglich ca. _____ Zigaretten aufgehört seit _____

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten? nein ja, welche ? _____

Hatten Sie bereits gynäkologische Operationen ?

nein ja, welche und wann ? _____

Thema Schwangerschaft :

Anzahl Spontanentbindungen : _____ **Anzahl Kaiserschnitte :** _____

Komplikationen bei Geburten : _____

Anzahl Fehlgeburten : _____ **Anzahl Abbrüche :** _____

Anzahl Eileiterschwangerschaften : _____

Allgemeine Vorerkrankungen :

**Hatten Sie bisher wesentlich eine Infektion mit dem Humanen Papillomavirus (HPV)
(wird im Vorsorgeabstrich mit untersucht) ?**

nein ja

Sind Sie gegen das HPV Virus geimpft worden ?

nein ja

Haben Sie andere chronische Krankheiten ?

nein

ja, folgende : _____

Medikamente :

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ?

nein ja, folgende : _____

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung : _____

Haben Sie aktuelle Beschwerden, weshalb Sie heute kommen? Wenn ja, welche ?

Datum, Unterschrift