

Überörtliche Gemeinschaftspraxis

 Dr. med. Susanne Wohlers
 Prof. Dr. med. Peter Bielfeld
Najib N. R. Nassar
 Dr. med. Nora Holtmann

 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Hauptbetriebsstätte:

 Akazienallee 8-12, **45127 Essen**
 Fon: 0201. 29 4 29-0 Fax: 0201. 29 4 29-14

Nebenbetriebsstätte:

 Friedrich-Wilhelm-Straße 71, **47051 Duisburg**
 Fon: 0203. 71 39 58-0 Fax: 0203 / 71 39 58-15

info@ivfzentrum.de
www.ivfzentrum.de

Patienten-Erhebungsbogen

Patientin

Name:	Vorname:
-------	----------

geboren am:	Geburtsort:	Geburtsname:
-------------	-------------	--------------

PLZ, Wohnort:	Straße:
---------------	---------

Telefon (Festnetz, mobile, dienstlich):

Krankenversicherung:	Entfernung Wohnort → Praxis _____ in km
----------------------	---

@ E-Mail:	Beruf:
-----------	--------

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Befunde/Auskünfte per E-Mail/über Anrufbeantworter übermittelt werden dürfen. Mir ist bewusst, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann.

ja nein

Geburten-Anzahl, Jahr:	Kinderwunsch seit:	Ungeschützter Verkehr seit:
------------------------	--------------------	-----------------------------

Anzahl der Fehlgeburten:	Röteln-Test: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------	--

Operationen im gyn. Bereich:

Medikamentöse Vorbehandlungen (Zeitraum):

!Bitte alle wichtigen medizinischen Unterlagen und OP-Berichte als Kopie beifügen!

Partner/in

Name:	Vorname:	geboren am:
-------	----------	-------------

Telefon:	Beruf:
----------	--------

Krankenversicherung:

Diagnose:

(frühere Samenbefunde bitte beifügen)

- Familienstand:
- miteinander verheiratet seit: _____
 - ledig, in fester Lebensgemeinschaft
 - ledig, ohne feste Partnerschaft
 - Frau/Partner/in mit anderer Person verheiratet / in Trennung lebend

Vorbehandlungen haben bereits stattgefunden bei Spezialisten in: _____

- Sie wünschen:
- Weitere Diagnostik
 - Samenübertragung - Spende
 - Samenübertragung - Ehemann/Partner
 - In-vitro-Fertilisation (IVF)
 - IVF mit Microinjektion ICSI

Behandlung gewünscht in: Essen Duisburg

(Bitte wenden!)

(Bitte ausfüllen!)

Behandelnder Urologe:

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon: _____
Fax: _____

Behandelnder Frauenarzt:

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon: _____
Fax: _____

Weitere Ärzte:

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Wohnort: _____
Telefon: _____
Fax: _____

Wodurch sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Werbung |
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung
(z.B. Freunde/Bekannte) | <input type="checkbox"/> Andere
_____ |
| <input type="checkbox"/> Medien | _____ |

Novum wird gegenüber oben genannten Ärzten von der Schweigepflicht entbunden: ja nein

Auskünfte über alle Fragen, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, können auch an die mitbehandelten Partner erteilt werden. ja nein

Novum wird zudem gegenüber folgenden Personen, (z. B. Angehörige, Dolmetscher) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten).

Vor- und Nachname:	Adresse:

Für diagnostische Zwecke ist die Weitergabe Ihrer Daten an externe Labore nötig. Außerdem ist die Weitergabe Ihrer anonymisierten bzw. pseudonymisierten Daten an festgelegte Register (siehe Patienteninformation zum Datenschutz) zur Qualitätssicherung erforderlich.

- Wir sind mit der Weitergabe an externe Labore einverstanden: ja nein
- Wir sind mit der Speicherung in den Registern einverstanden: ja nein

Bitte beachten Sie: Falls Sie einer Weitergabe/Speicherung widersprechen, ist eine Behandlung in unserer Praxis nur bedingt möglich.

Wir haben die Information zum Datenschutz erhalten und den Umgang mit unseren persönlichen Daten zur Kenntnis genommen. **Wir willigen in die Datenverarbeitung durch die Praxis ein und können die oben gemachten Einwilligungen jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.**

Bitte legen Sie für die Zusendung des Terminvorschlages ein bis zwei ausreichend frankierte Rückumschläge bei. Diese bitte an sich selbst adressieren (Ihre eigene Anschrift).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner/in