

Frauenarztpraxis Garching

Dr. med. Walter Schmid und Kollegen
Nikolausstraße 6, 84518 Garching/ Alz
Tel. 08634 – 626860 Fax. 08634 - 626861

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Telefonnummer:** _____

Hausarzt: _____

Letzte Periode: _____

Letzte Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt: _____

Schwangerschaften und Geburten (bitte Geburtsjahr und Entbindungsart - Spontangeburt oder Kaiserschnitt - angeben): _____

Hatten Sie Operationen? _____

Bestehen Vorerkrankungen? _____

Medikamenteneinnahme: _____

Haben Sie Allergien? _____

Bestehen familiäre Vorerkrankungen? (v.a. Krebserkrankungen) _____

Letzte Mammographie-Untersuchung (Röntgenuntersuchung der Brust) (Datum):

Letzte Darmspiegelung (Datum): _____

Warum kommen Sie heute? _____

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage vorher abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckte Information gelesen und verstanden habe.

Datum, Unterschrift _____