

Sehr geehrte Patienten um Sie besser kennen zu lernen,  
möchten wir Sie bitten uns ein paar Fragen zu beantworten.



ID: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Hausarzt:** \_\_\_\_\_  
**PLZ, ORT:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_  
**Gewicht:** \_\_\_\_\_  
**Rauchen:**  Ja  Nein

**HPV Impfung:**  Ja  Nein

Operationen? Welche/Wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Allergie? Welche? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Krebsvorsorge ca. Jahr: \_\_\_\_\_

Beschwerden? Welche? \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsabbrüche/Jahr?  Nein \_\_\_\_\_

Fehlgeburten/Jahr?  Nein \_\_\_\_\_

**Geburten:  Nein**

Geburtsjahr	Männlich	Weiblich	Spontan(Ohne OP)	Kaiserschnitt

Alter der Allerersten Periode im Leben? \_\_\_\_\_

Datum der letzten Menstruation(1.Tag): \_\_\_\_\_

Dauer eines Zyklus? ca.  26-28 Tage  
 20-25 Tage  
 unter 20 Tage  
 29-40 Tage  
 über 40 Tage  
 Menopause

Nehmen Sie eine Antibabypille? Welche? \_\_\_\_\_

**BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN**



Sehr geehrte Patienten um Sie besser kennen zu lernen,  
möchten wir Sie bitten uns ein paar Fragen zu beantworten.



ID: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormone? Welche? \_\_\_\_\_

Verhüten Sie mit der Spirale? Welche und seit wann?  
\_\_\_\_\_

Leiden Sie an...?	Nein	Ja ich selbst...	Familienmitglied, welches?
Thrombosen oder Embolien?			
Leberkrankheiten?			
Infektionskrankheiten?			
Zu hoher Blutdruck?			
Diabetes (Zuckererkrankung)?			
Krebserkrankung? Chemotherapie?			
Sonstige Erkrankungen?			

**Befundübermittlung vor- und weiterbehandelnde Ärzte:**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass vor- und weiterbehandelnden Ärzten Befunde übermittelt werden.

Ja           Nein

**Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:**

Die **Praxis Dr. med. Radu Rizea** wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörige oder gesetzlichen Betreuer von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ :

Die oben gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

**Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer und auf Anfrage einem Handzettel informiert.**

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist. Wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 24 Stunden vorher absagen, damit wir die für Sie vorgesehen Zeit noch anderweitig verplanen können. Andernfalls kann Ihnen Eine Ausfallpauschale gemäß § 615 BGB in Höhe von 25€ in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

**Bitte sagen Sie Ihren Termin deshalb spätestens 24 Stunden vorher per E-Mail oder Telefon ab.**

E-Mail: [praxis@rizea-med.de](mailto:praxis@rizea-med.de)

Telefon: 0821-6089070

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter