

**Dysplasie-Einheit München**  
(Zertifizierte Dysplasie-Einheit nach DKG, DGGG, AGO, AGCPC)  
**Dr. Christina Selgrad & Kolleginnen**

**Herzlich Willkommen in unserer Praxis!**

Vor Ihrem Besuch der Sprechstunde benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Weiterhin benötigen wir Ihr Einverständnis zur Weiterbearbeitung Ihrer Daten soweit es für Ihre Behandlung nötig ist. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.Dat.:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Wohnort:** \_\_\_\_\_ **Straße:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Familienstand:** \_\_\_\_\_

**überweisender Arzt:** \_\_\_\_\_ **Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Tel. priv.:** \_\_\_\_\_ **Tel. tagsüber:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **bei Privat-Versicherten Beihilfe-berechtigt :** Ja / Nein

**Geburten:** \_\_\_\_\_ **Art der Geburt:** \_\_\_\_\_ **Besteht Kinderwunsch?** Nein  Ja, aktuell  Ja

**Sind Sie schwanger?** \_\_\_\_\_ **wenn ja, bitte 1. Tag der letzten Periode** \_\_\_\_\_

**oder Entbindungstermin** \_\_\_\_\_ **eintragen.**

**Haben Sie einen festen Partner?** \_\_\_\_\_ **Fehlgeburten/Abbrüche:** \_\_\_\_\_

**Wie verhüten Sie?** \_\_\_\_\_ **Rauchen sie?** \_\_\_\_\_ **wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag?** \_\_\_\_\_

**Alter bei der 1. Regelblutung:** \_\_\_\_\_ **Letzte Regelblutung:** \_\_\_\_\_

**Operationen (Art / Jahr):** \_\_\_\_\_

**Erkrankungen (aller Art):** \_\_\_\_\_

**Thrombose / Embolie:** \_\_\_\_\_ **Allergien:** \_\_\_\_\_

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

**Erkrankungen in der Familie (z. B. Gebärmutterhalskrebs):** \_\_\_\_\_

**Wurden Sie gegen HPV geimpft?** ja  nein  **Körpergröße:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Mit der Weitergabe meiner Behandlungsdaten:**

- 1) - an mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte und Labore bzw. von vor-/mitbehandelnden Ärztinnen/Ärzten und Laboren an das Dysplasiezentrum
- 2) - in Form von Anschreiben an mich (per Brief, Email, SMS oder Telefonanruf)
- 3) - bei der Aufbewahrung meiner Daten in Form von Papierakten oder auf externen, gesicherten Datenträgern (z.B. Server)
- 4) - in Form einer Photodokumentation (nur zum Zwecke der Behandlung)

**Die Punkte 1-4 sind für Ihre Untersuchung erforderlich**

- 5) - in Form einer Photodokumentation (zum Zwecke der Fort-/Ausbildung von Kolleginnen/Kollegen)

ich bin für alle Punkte 1 - 5 einverstanden;

ich bin für die Punkte 1-4 einverstanden

**München, den** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patientin** \_\_\_\_\_