

Freiwillige Erhebung ihrer Versicherungsdaten; Adressdaten und Gesundheitsdaten

Name : _____ Vorname: _____
Geb.Datum: _____
Adresse: _____

Gesetzliche Krankenkasse:

- Ich bin privat Zusatz versichert
- Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGBV gewählt:

Private Krankenkasse:

- Ich bin beihilfeberechtigt:
- Ich bin Basistarif versichert
- Ich bin im Studententarif

Ich habe die Datenschutzgrundverordnung(DSGVO) der Praxis Dr.med.Astrid Blank gemäß Aushang zur Kenntnis genommen und willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Daten ein.

Datum/Unterschrift:

Tel. Erreichbarkeit zwischen 8.00 und 16.00 Uhr: _____ Befundübermittlung an Ihren Hausarzt:
Festnetz: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____
Beruf: _____

Erste Periodenblutung:

Letzte Krebsvorsorge (PAP; HPV):

Letzte Periodenblutung:

Geburten?:

Anzahl: Komplikationen?:

Wenn ja welche?:

Fehlgeburten? / Anzahl:

Verhütung? Welcher Art?:

Seit wann?:

Operationen? / wenn ja welche und wann?:

Unfälle? / wenn ja welche und wann?:

Allergien?:

Alkohol/Nikotinkonsum?:

Medikamentenunverträglichkeiten?:

Krebserkrankungen? Wenn ja welcher Art/seit wann?:

Thrombose, Embolie, Migräne in der Vorgeschichte?:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme/wenn ja welche?:

Impfungen, Gebärmutterhalsimpfung?:

Familie: Krebserkrankung, Embolie, Thrombose, Herz-Kreislaufferkrankung

Andere Erkrankungen die therapiert wurden oder derzeit Behandlungsbedürftig sind?: