

NEUPATIENTINNEN-ANFRAGE

Damit wir Ihr Anliegen passend einordnen können

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Praxis. Da wir derzeit nur eine begrenzte Zahl neuer Patientinnen aufnehmen können, hilft uns dieser kurze Bogen dabei, Ihr Anliegen medizinisch einzuordnen und zu prüfen, ob wir Ihnen mit unserem Leistungsspektrum passend weiterhelfen können. Das Ausfüllen stellt noch keine Terminzusage dar.

01 Persönliche Angaben

NACHNAME	VORNAME
GEBURTSDATUM TT.MM.JJJJ	MOBILTELEFON
E-MAIL	STRASSE / HAUSNUMMER
PLZ	ORT

02 Krankenversicherung

☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Beihilfe ☐ Selbstzahlerin

KRANKENKASSE / VERSICHERUNG

03 Bevorzugte ärztliche Betreuung

☐ Dr. Gröning ☐ Dr. Syrée ☐ keine Präferenz – Termin bei beiden möglich

Wir versuchen, Ihren Wunsch zu berücksichtigen. Je nach Anliegen und Terminverfügbarkeit kann die Betreuung auch durch die jeweils andere Ärztin bzw. den jeweils anderen Arzt erfolgen.

04 Bisherige ärztliche Betreuung *optional*

BISHERIGE FRAUENÄRZTIN / BISHERIGER FRAUENARZT Name	ORT
HAUSÄRZTIN / HAUSARZT Name	ORT

Warum möchten Sie die Frauenarztpraxis wechseln?

05 Ihr Hauptanliegen *Mehrfachnennungen sind möglich*

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Gynäkologische Vorsorge | ☐ Kinderwunsch | ☐ Schwangerschaft |
| ☐ Fehlgeburt(en) | ☐ Verhütung | ☐ Wechseljahre |
| ☐ Zyklusstörungen | ☐ Endometriose | ☐ PCOS / Androgenisierung |
| ☐ Brustbeschwerden | ☐ Auffälliger PAP-/HPV-Befund | ☐ Gynäkologische Krebserkrankung |
| ☐ Zweitmeinung | ☐ Ultraschall / Diagnostik | ☐ Sonstiges |

Bitte beschreiben Sie Ihr Anliegen kurz und konkret.

06 Aktuelle Situation

☐ aktueller Kinderwunsch ☐ aktuell schwanger ☐ unklar / Abklärung gewünscht

BEI SCHWANGERSCHAFT: SSW

z. B. 8+3

ERRECHNETER TERMIN

TT.MM.JJJJ

07 Bereits erfolgte Untersuchungen

☐ keine ☐ Ultraschall ☐ Labor ☐ MRT
☐ CT ☐ Biopsie ☐ Krankenhausbericht ☐ Sonstiges

Bitte fügen Sie vorhandene Befunde möglichst als Kopie bei. Originalunterlagen verbleiben bei Ihnen.

08 Medizinische Vorgeschichte**Relevante Vorerkrankungen**

☐ nein ☐ ja

Gynäkologische Operationen

☐ nein ☐ ja

Regelmäßig eingenommene Medikamente

☐ nein ☐ ja

Falls ja:

Falls ja:

Falls ja:

09 Weitere Hinweise

Gibt es aus Ihrer Sicht etwas, das wir vor einer Terminvergabe wissen sollten?

10 Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Familie / Freunde ☐ Hausarztpraxis
☐ Frauenarztpraxis ☐ Google ☐ Doctolib
☐ Instagram ☐ GYN TO GO ☐ Rheinische Post
☐ meine-frauenaerzte.de ☐ Sonstiges

11 Einverständnis und Unterschrift

☐ Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Ich willige ein, dass die von mir übermittelten personenbezogenen und gesundheitlichen Angaben ausschließlich zur Prüfung und Bearbeitung meiner Terminanfrage verarbeitet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

ORT / DATUM**UNTERSCHRIFT**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zusammen mit relevanten Vorbefunden an die Praxis oder geben Sie ihn persönlich ab.

NUR VON DER PRAXIS AUSZUFÜLLEN

Medizinische Zuordnung: ☐ Routine ☐ Kinderwunsch ☐ Schwangerschaft ☐ Brust ☐ Dysplasie / Onkologie

Entscheidung: ☐ Termin anbieten ☐ Warteliste ☐ derzeit keine Aufnahme ☐ ärztliche Rücksprache

Priorität: ☐ zeitnah ☐ regulär ☐ ohne medizinische Dringlichkeit

TERMITYP / DAUER**ÄRZTIN / ARZT****RÜCKMELDUNG BIS****BEARBEITET VON****DATUM****PATIENTIN INFORMIERT AM**

Interne Bemerkung