



**Dr. (UMF Temeschburg) Zoltan Neppel**  
Morassstraße 8 / 80469 München  
Tel: 089/220465 Fax: 089 / 24223499  
Email: [info@drneppel.de](mailto:info@drneppel.de) Web: [www.drneppel.de](http://www.drneppel.de)

## Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin,  
herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir haben einige Fragen zu Ihrer Krankengeschichte, deren genaue Beantwortung uns hilft, Sie besser beraten und betreuen zu können.

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Versicherung:  Privat  Gesetzlich Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck  Thrombose  Embolie  Migräne  Schlaganfall  Diabetes  Gerinnungsstörung  Epilepsie  
 Herzinfarkt  Krampfadern  Epilepsie  Osteoporose  Schilddrüsenerkrankung  Harninkontinenz  
 Lebererkrankung  Nierenerkrankung  Krebserkrankung \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgenden Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck  Thrombose  Herzinfarkt  Schlaganfall  Diabetes mellitus  Osteoporose  
 Krebserkrankung: welche \_\_\_\_\_ Bei wem? \_\_\_\_\_ In welchem Alter trat sie auf? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon gynäkologische Operationen?  nein  ja Welche? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals eine Schwangerschaftsunterbrechung?  nein  ja wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine Fehlgeburt?  nein  ja wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder geboren?  nein  ja

Wenn ja, wann(Jahr) \_\_\_\_\_ Geschlecht(m/w) \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht (g) \_\_\_\_\_ Besonderheiten (z.B Kaiserschnitt, Frühgeburt..) \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Bitte wenden!**



Anfang der letzten Regelblutung: \_\_\_\_\_ Dauer der Blutung: \_\_\_\_\_ Regelmäßig?  ja  nein

Haben Sie keine Regelblutungen mehr? In welchem Jahr war Ihre letzte? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie Ihre letzte Mammographie? \_\_\_\_\_

Verhütung:  Pille \_\_\_\_\_  Kupferspirale  Hormonspirale  Kondome  natürlich  keine

Dauermedikamente: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Haben Sie die HPV Impfung erhalten?  nein  ja, im Jahr \_\_\_\_\_  ich weiß es nicht

Rauchen Sie?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Stück täglich

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung?: \_\_\_\_\_

Wann wurde letztes Mal eine PAP-Abstrich gemacht? \_\_\_\_\_

Grund Ihres Besuchs: \_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sicherstellt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die von mir gewünschte(n), darüber hinausgehenden Leistung(en) (IGeL) nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist (sind).

Mit der Liquidation nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) bin ich einverstanden. Ich verpflichte mich, dass nach der GOÄ (unter Beachtung der Höchstsätze) und dem möglichen Ansatz von Analogleistungen berechnete Honorar selbst zu tragen, unabhängig davon, ob Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen. Leistungen durch Dritte (z.B. Histologie/ Labor etc.) werden von diesen unmittelbar berechnet.

Im Falle des Nichterscheinens der Patientin zum vereinbarten Termin, erlauben wir uns den finanziellen Verlust mit 35 EUR in Rechnung zu stellen.

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich habe die Widerrufsbelehrung zur Kenntnis genommen.

München, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_