

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Liebe Patientin,
damit wir besser auf Ihre individuellen Bedürfnisse eingehen können,
möchten wir Sie bitten, uns einige Fragen zu beantworten.
Sollten dabei Fragen entstehen, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll
an das Praxisteam. Im Bedarfsfall bitte auch die Rückseite verwenden.

Fachärztinnen für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Ärztelhaus Heimbrügge 3
44359 Dortmund-Mengede

Telefon 0231 – 333730
Telefax 0231 – 354896

www.gynaekologikum-ruhr.de
info@gynaekologikum-ruhr.de

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Rufnummer: _____ Geb.-datum: _____

Hausarzt: (sofern vorhanden, nur Name) _____

Bericht an den Hausarzt erbeten? ☐ Ja ☐ Nein

Fragen zur Periode/Schwangerschaften

Alter während 1. Periode: _____ Letzte Periode... Datum: _____ Dauer: _____

Waren Sie schon einmal schwanger? ☐ Ja ☐ Nein (weiter im nächsten Block)

Anzahl der Kinder: (inkl. Geburtenjahrgang) _____

Besonderheiten während Schwangerschaft/Geburt: _____

Ich hatte schon einmal (zutreffendes bitte ankreuzen und Jahreszahl angeben):

☐ Kaiserschnitt _____ ☐ Fehlgeburt/Schwangerschaftsabbruch _____

Krankheitsvorgeschichte

Rauchen Sie: ☐ Nein ☐ Ja, _____ Zigaretten/Tag; Alkoholkonsum: _____

Nehmen Sie täglich... Medikamente ☐ Nein ☐ Ja, _____

... die Pille/andere Hormontabletten ☐ Nein ☐ Ja, _____

Haben Sie Allergien ☐ Nein/Unbekannt ☐ Ja, _____

Gibt es Vorerkrankungen (z.B.: Bluthochdruck, Thrombose, Zucker, ...) _____

Operationen (z.B.: Ausschabungen, Sterilisation, Blinddarm) inkl. Jahr: _____

Gab es in Ihrer Familie (bitte ankreuzen) ☐ Krebserkrankungen Organ: _____

☐ Schlaganfälle ☐ Diabetes ☐ Herzinfarkte ☐ Thrombosen

Entbindung von der Schweigepflicht

MVZ Gynäkologikum-Ruhr GmbH
Fachärztinnen für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Ärztehaus Heimbrügge 3
44359 Dortmund

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich: _____
(Vor- und Zuname)

Wohnhaft: _____
(Vollständige Anschrift)

Geboren am: _____

1. willige ein, dass die *MVZ Gynäkologikum-Ruhr GmbH* zum Zwecke der Datenübermittlung der Befunde und Untersuchungsergebnisse an meinen mitbehandelnden Arzt (auf Verlangen) und Ämter (z.B. Versorgungsamt, Krankenkassen, MDK) weiterleitet.
2. willige ein, dass die *MVZ Gynäkologikum-Ruhr GmbH* mein Blut zur weiteren Diagnostik an das jeweils zuständige Labor weiterleitet.
3. willige ein, dass die *MVZ Gynäkologikum-Ruhr GmbH* zum Zweck der Abstrichdiagnostik / histologischen Untersuchung meiner entnommenen Proben / Abstriche an das jeweils zuständige Labor / den Zytologen weiterleitet.
4. habe die Information gemäß Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht freiwillig ist und von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ich erkläre, dass meine Befunde / Rezepte / Überweisungen etc.

anausgehändigt werden dürfen.

Datum

Unterschrift

Erstellt von AO
01.01.2026

Geprüft von QM
01.01.2026

Freigegeben von PL
01.01.2026

FO-Entbindung von der Schweigepflicht

Ausfallhonorar und Terminerinnerung

MVZ Gynäkologikum-Ruhr GmbH
Fachärztinnen für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Ärztelhaus Heimbrügge 3
44359 Dortmund

Sehr geehrte Patientin,

ich bitte Sie, diese Bedingungen für die Behandlung durchzulesen.

Wir arbeiten nach dem sog. Bestellsystem, d.h. wir reservieren für jede Patientin einen festen Termin. Da die Termine meistens über einen längeren Zeitraum vergeben werden, kann die Praxis nicht kurzfristig neue Patientinnen annehmen oder Ersatztermine vereinbaren. Wir sind also darauf angewiesen, dass vereinbarte Termine von Ihnen auch zuverlässig eingehalten werden.

Wir erinnern Sie mit einer kurzen Nachricht an Ihren Termin, damit Sie keinen Termin versäumen. Auch falls ein Termin abgesagt werden muss, schicken wir Ihnen eine kurze Nachricht.

Die Krankenkassen bezahlen nur durchgeführte Leistungen, sodass ein ausgefallener und nicht abgesagter Termin für die Ärztin ein Ausfall ist. Die Ärztin ist deshalb berechtigt, alle vereinbarten Termine, welche die Patientin nicht wahrnimmt, unabhängig vom Grund der Verhinderung, privat in Rechnung zu stellen.

Das Ausfallhonorar beträgt in diesem Fall 25,00 Euro. Kann die Ärztin den Termin anderweitig besetzen, wird kein Honorar verlangt. Falls Sie einen Termin nicht absagen oder nicht wahrnehmen, behalten wir uns das Recht vor, weitere Termine vorläufig auszusetzen. Die Kosten für das Ausfallhonorar werden Ihnen nicht von der Krankenversicherung/Krankenkasse erstattet.

Termine, die aus zwingenden Gründen rechtzeitig, d.h. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, abgesagt werden, werden der Patienten nicht in Rechnung gestellt.

Bitte beachten Sie, dass bei nachweislich unverschuldetem Fernbleiben von Ihrem Termin das Ausfallhonorar nicht fällig wird.

Ich bin mit dieser Regelung ausdrücklich einverstanden, habe dazu keine Fragen mehr und stimme einvernehmlich zu.

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Ort und Datum

Unterschrift der Versicherten

(ggf. gesetzlicher Vertreter)

Erstellt von AO
01.01.2026

Geprüft von QM
01.01.2026

Freigegeben von PL
01.01.2026

Ausgedruckte Exemplare unterliegen nicht dem Änderungsdienst.

Versicherung / Verzicht auf Einrede der Verjährung

MVZ Gynäkologikum-Ruhr GmbH
Fachärztinnen für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Ärztehaus Heimbrügge 3
44359 Dortmund

Sehr geehrte Patientin,

im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen ab 35 Jahre haben Sie Anspruch auf eine kombinierte Untersuchung mit zytologischem Abstrich und HPV-Test (sog. Co-Test).

Sie wurden darüber aufgeklärt, dass die Kosten eines Co-Tests nur alle drei Jahre von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Näheres entnehmen Sie bitte der Patienten-Informationsschrift „Untersuchung Krebsfrüherkennung 2020“.

Unsere vertragsärztliche Leistungsabrechnung im Zusammenhang mit einem Co-Test kann aufgrund der Besonderheit, dass die Leistung ab dem 01.01.2020 lediglich im 3-Jahres-Turnus abrechnungsfähig ist und von der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird, dazu führen, dass die abgerechnete Leistung bei wiederholter Inanspruchnahme in diesem Zeitraum ersatzlos gestrichen wird. D.h. dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung den abgerechneten Leistungsbetrag in voller Höhe zurückfordert. Dieser Regress kann bis zu 4 Jahre nach Erstattung der Kosten für den Co-Test erfolgen.

Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, dass Sie seit dem 01.01.2020 von keinem Arzt einen zytologischen Abstrich (Krebsabstrich) mit HPV-Test (als Co-Test) haben durchführen lassen.

Falls ein solcher Test dennoch seit dem 01.01.2020 im Rahmen einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt worden ist, verpflichten Sie sich, die Kosten der ärztlichen Leistung als sog. individuelle Gesundheitsleistung auf Selbstzahlerbasis entsprechend des gesondert abgeschlossenen Vertrags über die Inanspruchnahme von individuelle Gesundheitsleistung zu tragen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin)

Erklärung über den Verzicht auf die Einrede der Verjährung

Hiermit wird bestätigt dass ich als Patientin der o.g. Praxis hinsichtlich der Abrechnung des Co-Tests im Rahmen des Vertrags über die Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen sowie in Kenntnis eines möglichen Regresses der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf die Einrede der Verjährung verzichte.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Patientin)