

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Titel:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Versicherung:

Zusatzversicherung:

Sozialversicherungsnummer:

Beruf:

Zuweiser/in:

Frühere Schwangerschaften (Jahr, Ausgang der Schwangerschaft, Geburtsmodus, Besonderheiten):

Hatten Sie in einer vorangegangenen Schwangerschaft eine der folgenden Komplikationen?

Präeklampsie

Ja Nein

Schwangerschaftsdiabetes

Ja Nein

Sind bei einer früheren Schwangerschaft schon einmal eine Chromosomenstörung, genetische Erkrankung oder Fehlbildungen aufgetreten?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an chronischen Krankheiten oder Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, etc.)?

Ja Nein

Wenn ja, woran?

Hatten Sie bereits Operationen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es in Ihrer Familie oder der Familie des Kindesvaters vererbare Erkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Letzte normale Regel:

Geburtstermin:

Sind Sie mittels künstlicher Befruchtung schwanger geworden?

Ja Nein

Wenn ja:

• IVF

ICSI

• eigene Eizellen

fremde Eizellen (Alter der Spenderin:)

• Datum der Follikelpunktion:

• Anzahl der eingesetzten Embryonen:

Haben Sie eine Hormonbehandlung zur Auslösung des Eisprungs erhalten?

Ja Nein

Ihr aktuelles Gewicht:

Ihre Größe:

Rauchen

Ja Nein

Diabetes

Ja Nein

Chronische Hypertonie

Ja Nein

Anti-Phospholipid-Syndrom

Ja Nein

Systemischer Lupus erythematodes

Ja Nein

Präeklampsie in Familie

Ja Nein

Datum:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung

Datenschutz

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt in der Praxis PreCare und andere hier tätige Ärztinnen und Ärzte sowie administratives Assistenzpersonal Einblick in sämtliche Informationen aus meiner Patientinnendokumentation erhalten dürfen. Darunter fallen neben den Stammdaten somit auch Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Betreuung, die Vorgeschichte einschließlich der Familienanamnese, Diagnosen, Verlauf, Untersuchungsinhalte und -dokumentationen bzw. Beratungsprotokolle, Art und Umfang der beratenden (bzw. diagnostischen oder therapeutischen) Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten. Ich bin damit einverstanden, dass diese personenbezogenen Daten in den EDV-Systemen der Praxis PreCare verarbeitet und entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden dürfen. Für sämtliche vorgenannten Personengruppen gilt selbstverständlich die gesetzliche Schweigepflicht. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten und die beschriebene Einsichtnahme bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum:

Unterschrift:

Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf.

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum:

Unterschrift:

Befundübermittlung per E-Mail

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt oder administratives Assistenzpersonal der Praxis PreCare Befunde mittels unverschlüsselter E-Mail senden darf.

Ja Nein

Diese Erlaubnis zur Befundübermittlung gilt ausschließlich für die folgende E-Mail-Adresse:

_____ @ _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können - dies gilt insbesondere (aber nicht ausschließlich) für die Übermittlung per unverschlüsselter E-Mail. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes oder des Gesundheitszustandes meines ungeborenen Kindes führen kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung und Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum:

Unterschrift: