

# Einverständniserklärung zur Anforderung gynäkologischer Befunde

## Praxis

Frauenarztpraxis Züleyha Tecer

Adolf-Diesterweg-Str 59, 67071 Ludwigshafen

Tel: 0621 676527

Fax: 0621 62 97 214

## Patientendaten:

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

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis Züleya Tecer meine gynäkologischen Befunde und medizinischen Unterlagen von meiner bisherigen Gynäkologin oder meinem bisherigen Gynäkologen anfordert.**

**Name der bisherigen Ärztin/des bisherigen Arztes:**

\_\_\_\_\_

**Adresse der bisherigen Praxis:**

\_\_\_\_\_

**Telefonnummer der Praxis:**

\_\_\_\_\_

**Folgende Befunde sollen angefordert werden (bitte ankreuzen):**

Vorsorgeuntersuchungen (inkl. PAP-Abstriche)

Ultraschallbefunde

Laborwerte

Schwangerschaftsdokumentationen

OP-Berichte

Andere Befunde (bitte spezifizieren): \_\_\_\_\_

**Grund der Anforderung:**

Weiterführung der gynäkologischen Behandlung

Überprüfung von Vorbefunden zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen

Schwangerschaftsbetreuung

Andere: \_\_\_\_\_

**Datenschutzhinweis:**

Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ausschließlich zum oben genannten Zweck verwendet werden.

\_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_

**Unterschrift der Patientin:**