

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.



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Rufnummer: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt ( sofern vorhanden, nur Name ): \_\_\_\_\_

**Christine Bülow**

Fachärztin für  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Kemnader Strasse 318  
44797 Bochum

Tel • 0234 - 97 88 744  
Fax • 0234 - 97 88 745

[www.privatpraxis-buelow.de](http://www.privatpraxis-buelow.de)

Alter 1. Periode: \_\_\_\_\_ Datum letzte Periode: \_\_\_\_\_

Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Anz. der Kinder ( inkl. Geburtsjahrgang ): \_\_\_\_\_

Besonderheiten ( während Schwangerschaft/Geburt ): \_\_\_\_\_

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

Fehlgeburt/Abbruch  \_\_\_\_\_ Kaiserschnitt  \_\_\_\_\_

Rauchen Sie:  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

Nehmen Sie täglich ...

... Medikamente  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

... die Pille/Hormontabletten  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

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

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

Operationen ( z.B. Ausschabungen, Sterilisation, Blinddarm; bitte mit Jahr ): \_\_\_\_\_

Gab es in Ihrer Familie: (bitte ankreuzen)  Krebserkrankungen Organ: \_\_\_\_\_

Schlaganfälle  Diabetes  Herzinfarkte  Thrombosen

- Homöopathie
- Naturheilverfahren
- Akupunktur
- Ernährungsmedizin



## Entbindung von der Schweigepflicht und Datenschutz

Ich: \_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname)

Wohnhaft: \_\_\_\_\_  
(Vollständige Anschrift)

Geboren am: \_\_\_\_\_

**Christine Bülow**

Fachärztin für  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Kemnader Strasse 318  
44797 Bochum

Tel • 0234 - 97 88 744  
Fax • 0234 - 97 88 745

[www.privatpraxis-buelow.de](http://www.privatpraxis-buelow.de)  
[info@privatpraxis-buelow.de](mailto:info@privatpraxis-buelow.de)

- willige aufgrund der Datenschutz-Hinweise ein, dass die *Privatpraxis Christine Bülow* mich telefonisch an die von mir angegebenen Telefonnummern an meinen Termin erinnern darf sowie auf eine von mir gesendete E-Mail über den Account [info@privatpraxis-buelow.de](mailto:info@privatpraxis-buelow.de) antworten darf. Wenn Sie der E-Mail Kommunikation zugestimmt wird, stimmen Sie einer nicht-sicheren Kommunikation zu.
- entbinde die *Privatpraxis Christine Bülow* von der Schweigepflicht gegenüber Mitbewohnern / Eltern, die unter derselben Telefonnummer erreichbar sind.
- stimme dem Rezeptservice zu, so dass die *Privatpraxis Christine Bülow*, Rezepte in meinem Namen und Auftrag an eine Apotheke vor Ort bringen darf.

**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Homöopathie
- Naturheilverfahren
- Akupunktur
- Ernährungsmedizin