

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)  
[bochum@gyn-ruhr.de](mailto:bochum@gyn-ruhr.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 der Schweigepflicht

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  
bochum@gyn-ruhr.de

1. willige ein, dass die Privatpraxis/Christine Bülow und Kollegen zum Zweck der Datenübermittlung die Befunde und Untersuchungsergebnisse an meine mitbehandelnden Ärzte (auf Verlangen) weiterleitet.
2. willige ein, dass die Privatpraxis Christine Bülow mein Blut zur weiteren Diagnostik an das jeweils zuständige Labor weiterleitet.
3. willige ein, dass die Privatpraxis Christine Bülow zum Zweck der Abstrich Diagnostik/histologischen Untersuchung meiner entnommenen Proben/Abstriche an das jeweils zuständige Labor /den Zytologen weiterleitet.
4. Die Information gemäß Art.13 Datenschutz-Grundverordnung habe ich 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.

\_\_\_\_\_  
Datum

- Homöopathie
- Naturheilverfahren
- Akupunktur
- Ernährungsmedizin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Christine Bülow • Kemnader Strasse 318 • 44797 Bochum

Bochum, den \_\_\_\_\_



## **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)  
[bochum@gyn-ruhr.de](mailto:bochum@gyn-ruhr.de)

### Schriftliche Erklärung der Patientin

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis von Frau Christine Bülow mir weiterhin auf eine von mir gesendete E-Mail über den Account [bochum@gyn-ruhr.de](mailto:bochum@gyn-ruhr.de) antworten darf.

Diese Einwilligung darf ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Unterschrift der Patientin \_\_\_\_\_

- Homöopathie
- Naturheilverfahren
- Akupunktur
- Ernährungsmedizin