



Sehr geehrte Patientin! Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bestätigen Sie mit Angabe Ihrer E-Mail-Adresse Ihr Einverständnis zu einem unverschlüsselten E-Mail-Kontakt.

Datum:

Unterschrift Patient:



Name:	
Geb.-Name:	
Geburtsort:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Handy:	
E-Mail:	
Beruf:	
Krankenversicherung:	

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe:

2 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_

Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

nein  ja, mit Zunahme  ja, mit Abnahme

3 Haben Sie Allergien?

nein  ja (welche?)

Haben Sie speziell eine Allergie gegen

Penicillin?

nein  ja

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

4. Rauchen Sie?

nein  1-5 Zig. /Tag  
 6-10 Zig. /Tag  11-15 Zig. /Tag  
 16-20 Zig. /Tag  mehr als 20 (Anzahl?) \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?

nein  ja

- welche? \_\_\_\_\_

- wie oft? \_\_\_\_\_

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?

nein  ja

5. Trinken Sie Alkohol?

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?

regelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

unregelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

kurzzeit keine Regelblutung

seit \_\_\_\_\_  Tagen  Wochen  Monaten

7 Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?

- zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

Wie ist die Blutungsstärke der Regel?

leicht  mittel  stark

Haben Sie Zwischenblutungen?  nein  ja

- oder Schmierblutungen  ja, vorher vor bzw. nach der Regel?  nein  ja, nachher

Datum der letzten Regel? \_\_\_\_\_

8 In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monats-Blutung:

- mit \_\_\_\_\_ Jahren

Beginn der Brustentwicklung mit \_\_\_\_\_ Jahren

Beginn der Achsel- und Schambehaarung mit \_\_\_\_\_ Jahren

12 Wie regelmäßig waren Ihre Monatszyklen in den ersten Jahren der Pubertät?

- durchschnittlich alle \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tage

noch nie eine spontane Blutung gehabt

9 Haben Sie Schmerzen während der Periode?

nein  leicht  mittel  stark

Wie häufig?  selten  geleg.  immer

Einnahme von Schmerztabletten?  nein  ja

Wann beginnen die Schmerzen?

vor ...  mit ... dem Einsetzen der Blutung

Wann sind die Schmerzen am stärksten?

vor ...  mit ... dem Einsetzen der Blutung



- 10 Haben Sie sonstige Unterleibsschmerzen?**  
 nein  selten  öfters  immer
- Schmerzen beim Wasserlassen?**  nein  ja
- Schmerzen beim Stuhlgang?**  nein  ja
- Blutbeimengungen im Urin**  nein  ja
- Blutbeimengungen im Stuhl**  nein  ja
- Schmerzen beim Verkehr?**  nein  ja

- 11 Bemerkten Sie in den Tagen vor Einsetzen der Monatsblutung folgende Symptome?**  nein
- |                                     |                       |                       |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                     | leicht                | mittel                | stark                 |
| Blähbauch / Völlegefühl             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Niedergeschlagenheit / Depressionen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Migräne                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gewichtszunahme                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schwellungen von Händen / Füßen     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Brustspannen/empfindl. Brustwarzen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 12 Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?**
- Pille:**  nein  ja: von ..... bis .....
- Spirale:**  nein  ja: von ..... bis .....
- Haben Sie sich sterilisieren lassen?**  
 nein  ja (wann?) .....
- Gab es Komplikationen?**  
 nein  ja (welche?) .....

- 13 Waren Sie bereits schwanger?**  
 nein  ja
- falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?**  
 ..... Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunschbehandlung?
.....	OG OF OA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	OG OF OA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	OG OF OA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	OG OF OA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Traten Komplikationen auf?**  nein  ja

- 14 Sind Sie miteinander verheiratet?**  ja  nein
- Seit wann besteht Ihre jetzige Partnerschaft?** ..... (Datum)

- 15. Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?**  
 ..... (Monat, Jahr)

- 16. Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit ihrem Partner?**
- ca. .... Mal pro Woche
- ca. .... Mal pro Monat

- 17 Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?**  
 nein  ja, seit ..... (Jahr)
- falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht?** ..... Ärzte

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Sperma des Partners	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Spendersperma	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung (IVF)	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
GIFT	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
andere	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

- 18 Bei vorausgegangenen Stimulationen der Eierstöcke oder Inseminationen: Welche Medikamente haben Sie dafür erhalten?**
- .....
- .....

- Gab es dabei Komplikationen?**
- nein  Überstimulationssyndrom
- Blutungen  sonstige (welche?) .....



19 **Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen\*:**

\* falls Sie bereits mehr als vier IVF- oder ICSI-Behandlungen hatten, bitte nachfolgend die letzten vier angeben

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
4		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

20 **Gab es bei IVF- / ICSI-Therapien Komplikationen?**

- nein
- Überstimulationssyndrom
- Blutungen
- sonstige (welche?)

21 **Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?**

nein  ja (wann?)

- falls ja, mit welcher Methode?

- Ultraschall
- Röntgen
- Bauchspiegelung

- mit welchem Ergebnis?

Eileiter links:  durchgängig  verschlossen

Eileiter rechts:  durchgängig  verschlossen

22 **Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?**

nein  ja (welche?) **Jahr**


23 **Wurden, außer im Bauchraum oder Unterleib, bereits andere Operationen durchgeführt?**

nein  ja (welche?) **Jahr**


24 **Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?**

(Jahr)

25 **Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, einmal den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?**

nein  ja  ja, jedoch nur nach Provokation

- seit wann?

- auf welcher Seite?  einseitig  beidseitig

- von welcher Farbe?

26 **Leiden Sie unter folgenden symptomten?  nein**

**Akne:** leicht mittel stark

- seit wann?

- wo?  Gesicht  Rücken  Brustkorb

**verstärkter Haarausfall:** leicht mittel stark

- seit wann?

**Zunahme der Körperbehaarung:** leicht mittel stark

- seit wann?

- wo?  Gesicht  Rücken  Brustkorb

Beine  Arme  Bauch

27 **Treiben Sie Sport?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

- falls ja, welche Sportarten?




**28 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?**  nein

**(seit) Jahr**

Diabetes (Zuckerkrankheit) \_\_\_\_\_  
 - insulinpflichtig?  ja  nein

Epilepsie \_\_\_\_\_

Unterleibsschmerzen \_\_\_\_\_

Asthma / chron. Bronchitis \_\_\_\_\_

Magen-/ Darmerkrankung \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung \_\_\_\_\_

Nebennierenerkrankung \_\_\_\_\_

Lebererkrankung \_\_\_\_\_

Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung \_\_\_\_\_

Krebs / andere Tumore \_\_\_\_\_  
 - welche? \_\_\_\_\_

Kopfschmerzen \_\_\_\_\_

Migräne \_\_\_\_\_

**29 Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden?**  nein

	leicht	mittel	stark
Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reizbarkeit / Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (allgemein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (am Arbeitsplatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partnerschaftskonflikte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit / Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seelische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hitzewallungen / Schweißausbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fleckige Hautrötungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trockene Scheide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eierstockzysten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**30 Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?**

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

**- falls ja, mit welcher Methode?**

Ultraschall  radiologisch  Bluttest

**- mit welchem Ergebnis?**

unbekannt  ohne Befund  auffällig

**- falls auffällig, mit welchem Befund?**

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**

nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_

**31 Welche Medikamente nehmen sie aktuell ein?**

Medikamente:	Grund:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**32 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?**

nein

ja, mütterlicherseits (welche?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja, väterlicherseits (welche?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**33 Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt?**

nein  ja

**- mit welchem Ergebnis?**

unauffällig  auffällig

**34 Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?**

nein  ja

**35 Wie sind Sie auf unser Kinderwunschzentrum aufmerksam geworden?**

Freunde/Bekannte/Familie

Arbeitskollegin /Arbeitskollege

Internet

Mit welcher Stichwortsuche \_\_\_\_\_?

Frauenärztin/ Frauenarzt

Urologin/ Urologe

Zeitung

Anzeige Telefonbuch/Zeitschrift

Sonstige \_\_\_\_\_



**Sehr geehrter Patient! Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und bestätigen mit Angabe Ihrer E-Mail-Adresse Ihr Einverständnis zu einem unverschlüsselten E-Mail-Kontakt.**



Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Handy:	
E-Mail:	
Beruf:	
Krankenversicherung:	

**Wer ist Ihr behandelnder Urologe?**

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> **Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**  
Gewicht (Kilo): \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_

**Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?**

nein  ja, mit Zunahme  ja, mit Abnahme

**Haben Sie Allergien?**

nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_

**Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?**

nein  ja

**Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?**

\_\_\_\_\_

<sup>5</sup> **Rauchen Sie?**

nein  1-5 Zig. /Tag  
 6-10 Zig. /Tag  11-15 Zig. /Tag  
 16-20 Zig. /Tag  mehr als 20 (Anzahl?) \_\_\_\_\_

**Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?**

nein  ja

- welche? \_\_\_\_\_

- wie oft? \_\_\_\_\_

**Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?**

nein  ja

<sup>6</sup> **Trinken Sie Alkohol?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

<sup>7</sup> **Hatten Sie eine Hodenverletzung?**

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

- falls ja, welche Therapie erfolgte? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?**

nein  ja: links  ja: rechts

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

keine  Hormongaben  Operation

**Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?**

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

- falls ja, welche Therapie erfolgte? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie einen Hoden-Tumor?**

nein  ja: links  ja: rechts

- wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

- welche Therapie erfolgte? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?**

nein  ja

- falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden entnommen?**

nein  ja, links  ja, rechts

- wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

- mit welchem Ergebnis?  unauffällig  auffällig

<sup>8</sup> **Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?**

nein  ja (wann zuletzt?) \_\_\_\_\_

- mit welchem Ergebnis?  normal  auffällig

**Wurden Sie bereits vom Männerarzt untersucht?**

nein  ja (wann zuletzt?) \_\_\_\_\_

- welches Ergebnis?  unauffällig  auffällig

**Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits Medikamente verordnet?**

nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_



10 Haben Sie Erektionsstörungen?  nein  ja

Haben Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen gelitten?

nein  ja

- falls ja, welche waren dies?

.....

11 Haben Sie sich sterilisieren lassen?

nein  ja (wann?) .....

- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?

nein  ja (wann?) .....

12 Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

nein  ja (welche?) 

	Jahr
--	------

.....

13 Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

.....

14 Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?

nein  ja, links  ja, rechts

15 Wurde Ihre Prostata bereits untersucht?

nein  ja (wann?) .....

- mit welchem Ergebnis?  normal  auffällig

16 Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?

- nein  Schichtarbeit
- Lärm  fehlendes Tageslicht
- Hitze  Kälte
- Stäube  schwere körperliche Belastung
- Chemikalien  Gase/Aerosole

Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?

.....

18. Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden?  nein

(seit) Jahr

Mumps .....

Diabetes (Zucker) .....

- insulinpflichtig?  ja  nein

Bluthochdruck .....

Epilepsie .....

Krebs / andere Tumore .....

- welche? .....

19. Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?

nein  ja (welche?) 

	Medikamente
--	-------------

.....

20 Treiben Sie Sport?

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

- falls ja, welche Sportarten?

.....

21 Haben Sie folgende Beschwerden?  nein

	leicht	mittel	stark
Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (allgemein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (am Arbeitsplatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partnerschaftskonflikte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit / Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seelische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Seit wann besteht Ihre jetzige Partnerschaft? .....

(Datum)

23. Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

ja, mit jetziger Partnerin Wann? .....

- nach Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

ja, mit anderer Partnerin Wann? .....

- nach Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?

nein  ja



**Kinderwunschzentrum Münster**  
Schwerpunkt für gynäkologische Endokrinologie,  
Reproduktionsmedizin und Andrologie

**Dr. med. Caroline Niehoff**  
**Prof. Dr. med. Axel Kamischke**  
**Dr. med. Birgit Schönfeld**  
Fachärzte für Gynäkologie & Geburtsmedizin  
Reproduktionsmedizin | Endokrinologie | Andrologie

**Monika Ewert-Rühl**  
**Alexandra Beune**  
**Dr. rer. nat. Martin Pfeiffer**  
Reproduktionsbiologie



**Einverständniserklärung zur Datenweitergabe**

Name der Patientin / Frau, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name des Patienten / Mann, Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Mit der Blutentnahme für Hepatitis B und C und einen HIV-Test bin ich einverstanden.

Diese Einwilligung wird für folgende Behandlungen (-Verträge) erteilt: (Unzutreffendes bitte streichen)

- |                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| - Blutentnahmen                   | - Kremer            |
| - Mikrobiologische Untersuchungen | - Insemination      |
| - Spermogramm                     | - IVF/ ICSI         |
| - Ultraschall                     | - Kryokonservierung |

Im Rahmen dieser Einwilligung, bin ich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich erkläre mich einverstanden, dass eine Kopie meines Personalausweises (entsprechend § 5 TPG) in der Akte hinterlegt werden darf.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger, Gynäkologen, Hausärzte, Ehepartner bzw. Lebensgefährten/in auch unverschlüsselt per E-Mail und SMS übermittelt werden.

Die Weitergabe von Behandlungsdaten an die zuständigen Kreis- und Landesbehörden, Apotheken, Ärztekammer und an das Deutsche IVF-Register (D.I.R.), die zum Teil auch gesetzlich vorgeschrieben ist, geschieht in **anonymisierter/pseudonymisierter** Form. Spezielle medizinische Details dürfen in fachlichen Publikationen verwendet werden.

Es wird sichergestellt, dass alle Daten im Falle einer Schließung der Praxis weiterhin nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen abrufbar sind.

\_\_\_\_\_,den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patientin/ Frau)

\_\_\_\_\_,den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/ Mann)