

**Sehr geehrte Patientin,**

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von grosser Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Nachname** \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Zusendung von Rezepten/Formularen per E-Mail einverstanden

Ja

Nein

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_

**Alter bei der ersten Regelblutung:** \_\_\_\_\_

**Datum der letzten Regelblutung:** \_\_\_\_\_

**Verhüten Sie?**

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Typ?

Pill

Mit Kondom

Mit Spirale

Mit Ring

Name des von Ihnen verwendeten Produkts: \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

Ja

Nein

Aufgehört

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**

Ja

Nein

Wieviele Stunden? \_\_\_\_\_

**Gynäkologische Operationen?**

Ja

Nein

Falls ja, geben Sie bitte an, welche und in welchem Jahr: \_\_\_\_\_

**Allergien?**

Ja

Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?**

Ja

Nein

Möglicherweise

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Periode? \_\_\_\_\_

**Anzahl Geburten?**

davon \_\_\_\_\_ Kaiserschnitt/e \_\_\_\_\_ Zange/Saugglocke/n \_\_\_\_\_

Komplikationen? \_\_\_\_\_

**Geburtsjahr Kind(er)?**

\_\_\_\_\_

**Fehlgeburten**

\_\_\_\_\_

**Abbrüche**

\_\_\_\_\_

**Eileiterschwangerschaften**

\_\_\_\_\_

li.

re.

- Sind Sie gegen HPV-Infektionen (Papillomavirus, Gardasil) geimpft?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Inkontinenz?  Ja  Nein
- Haben Sie Probleme/Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter einer trockenen Scheide?  Ja  Nein
- Haben Sie Probleme, zum Orgasmus zu kommen?  Ja  Nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?  
Alles ankreuzen, was zutrifft.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung  | <input type="checkbox"/> Thrombose          | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Krampfadern        | <input type="checkbox"/> Migräne         |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung    | <input type="checkbox"/> Epilepsie       |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose  | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus  | <input type="checkbox"/> Arthrose        |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen  | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis / HIV |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz  | <input type="checkbox"/> Gemüterkrankung    | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD   |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen:   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung in der Familie, wenn ja, welche Art: _____ |   |  |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche (zum Beispiel Pille, ASS, Marcumar)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? \_\_\_\_\_

Und bei wem? \_\_\_\_\_

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

- |                                 |                                  |                                  |                                       |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt   | <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Freund  | <input type="checkbox"/> Telefonbuch  |
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Website | <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Praxisschild |

Other \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:** Bei intimen oder persönlichen Untersuchungen können Patientinnen und Patienten gerne wünschen, dass eine Begleitperson (Chaperone) anwesend ist. Bitte informieren Sie das Praxisteam **vor Ihrem Termin**, damit wir dies entsprechend organisieren können.

Datum, Unterschrift:  
\_\_\_\_\_

## Haben Sie Interesse an weiteren Informationen?

**Alles ankreuzen, was zutrifft.**

### Intime Prozeduren

**Straffung der Vagina**

Kann zur Verbesserung von Problemen wie sexueller Dysfunktion, Harninkontinenz und Scheidentrockenheit beitragen

**Orgasmusberatung (O-Shot)**

Hilft vielen Frauen, sexuelle Funktionsstörungen zu überwinden und den Sex wieder zu genießen.  
Bei einigen Patienten kann es auch helfen, Harninkontinenz zu verringern oder zu beheben.

**ThermiVa Radiotherapie für die Vagina**

Hilft, den allgemeinen Tonus der Vagina zu verbessern. Es reduziert unangenehme Trockenheit und verbessert die Laxheit der Vulva, einschließlich der Symptome beim Wasserlassen.

**Lasertherapie - Vagina**

Kann dazu beitragen, die empfindliche Vaginalschleimhaut zu verdicken und die Lubrikation zu erhöhen, was zu einer Verbesserung der vaginalen Trockenheit, der Schmerzen und der Symptome beim Wasserlassen führt.

**Verkleinerung Schamlippen**

Hilft bei der Korrektur von Größe, Form oder Symmetrie Ihrer Schamlippenhaut, indem die inneren Schamlippen verkleinert oder neu geformt werden.

**Vaginoplastik Chirurgie**

Ein chirurgischer Eingriff zum Aufbau oder zur Reparatur der Vagina. Hilft bei medizinischen Problemen, einschließlich Verletzungen bei der Geburt und Komplikationen bei Beckenbodenerkrankungen.

**Eigenfettunterspritzungen Schamlippen - Große Schamlippen**

Hilft, die äußeren Schamlippen zu verjüngen.

**Hyaluronsäure - Vagina und Große Schamlippen**

Kann die Symptome von Scheidentrockenheit bei Frauen nach der Menopause wirksam lindern

**Anal-/Intim-Bleaching**

Hilft bei Verfärbungen oder ungleichmäßiger Hautfarbe im Intimbereich.

### Kosmetische Prozeduren

**Vampire Facelift (PRP)**

Hilft, Falten und Runzeln zu reduzieren. PRP kann die allgemeine Ausstrahlung Ihrer Haut verbessern.

**Microneedling Gesicht**

Verbessert das Erscheinungsbild und die Textur Ihrer Haut. Es kann auch helfen, Aknenarben und Falten zu minimieren.

**Laser Resurfacing für Gesicht**

Hilft bei der Behandlung von Aknenarben, feinen Linien, Fältchen und Sonnenflecken.

**Schwangerschaftsstreifen behandeln**

Reduces the appearance of your stretch marks by stimulating collagen growth within your skin

**Botox-Injektionen für Gesicht**

Kosmetisch: Botox kann das Erscheinungsbild von Gesichtsfalten reduzieren und, wenn es früh genug eingesetzt wird, deren Entstehung verhindern.

Medizinisch: Injektionen können auch bei übermäßigem Schwitzen (Hyperhidrosis), einer überaktiven Blase und Zähneknirschen (Bruxismus) helfen. Botox-Injektionen können auch helfen, chronische Migräne zu verhindern.

**Laser-Haarentfernung**

Kann in nur wenigen Sitzungen 10 Jahre lang haarfreie Ergebnisse liefern. Geeignet für alle Hauttypen und Hautfarben.

# PRAXIS-KOPIE

## Stornierungsbedingungen: Bitte unten lesen und unterschreiben



### Geburtshilfe und Gynäkologie

Wenn Sie Ihren Termin absagen oder ändern möchten, tun Sie dies bitte so bald wie möglich und spätestens 24 Stunden vor dem Termin. Für Hebammenleistungen spätestens 48 Stunden vor dem Termin. **Bei einer Stornierung oder Änderung nach Ablauf der 24- bzw. 48-Stunden-Frist müssen wir leider eine Bearbeitungsgebühr von 100 CHF berechnen.**



### Schönheitsbehandlungen inkl. Laser-Haarentfernung

Schönheitsbehandlungen müssen spätestens 48 Stunden vor dem Termin abgesagt oder geändert werden. **Bei einer Stornierung oder Änderung nach Ablauf der 48-Stunden-Frist müssen wir leider die Hälfte der gebuchten Behandlungskosten in Rechnung stellen.**



### Operative und ästhetische Gynäkologie

Terminabsagen oder -änderungen bei Operationen und chirurgischen Eingriffen können bis zu einer Woche vor der Operation kostenfrei storniert werden. Bei Stornierungen bis zu zwei Tagen vor der Operation ist eine 50% Administrations Gebühr fällig.

**Erfolgt eine Stornierung oder Änderung innerhalb der 48 Stunden oder wird der Operationstermin versäumt, werden die gesamten Behandlungskosten in Rechnung gestellt.**

**Sie können direkt auf der Doctena-Plattform stornieren - wenn Sie Ihren Termin auf diese Weise gebucht haben. Sie können während der Öffnungszeiten anrufen: 061 666 62 10  
Oder senden Sie uns einfach eine E-Mail an website@basel-gynaekologie.ch. Geben Sie in der Betreffzeile unbedingt "Stornierung" an.**

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Termin bis zur Bestätigung per SMS oder E-Mail gebucht ist.**

#### Stornierungen aufgrund von Krankheit.

Wir verstehen, dass Erkrankungen unerwartet auftreten können. Zur Gewährleistung von Fairness und zur Sicherstellung des fortlaufenden Praxisbetriebs gelten jedoch die Ausfallgebühren auch bei Krankheitsbedingten Absagen – unabhängig davon, ob ein Arztzeugnis vorgelegt wird.  
Bitte informieren Sie uns so früh wie möglich im Krankheitsfall. Eine frühzeitige Mitteilung ermöglicht es uns, den Termin an andere Patientinnen weiterzugeben und kann dazu führen, dass nur die kurzfristige Absagegebühr und nicht die Gebühr für einen nicht wahrgenommenen Termin anfällt.

Bei ansteckenden Erkrankungen bitten wir Sie, während Ihres Besuchs eine Maske zu tragen, sofern eine Konsultation empfohlen ist. Bei Norovirus bitten wir Sie, NICHT zum Termin zu erscheinen, da das Tragen einer Maske allein nicht ausreichend ist, um eine Übertragung zu verhindern – die Ausfallgebühren gelten jedoch weiterhin unverändert.

**Es gibt keine Gebührenerlasse für nicht wahrgenommene Termine oder kurzfristige Absagen aufgrund von Krankheit.**

Ich habe die Stornierungsbedingungen gelesen und stimme ihnen zu.

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

Patientenname : \_\_\_\_\_

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

### Wahlärztliche Behandlungen Zahlungsinformationen

Die meisten allgemeinmedizinischen Leistungen werden von der Versicherung übernommen, spezielle Schönheits- und elektive chirurgische Behandlungen jedoch möglicherweise nicht.

Sie werden vor der Inanspruchnahme einer dieser Leistungen darüber informiert, ob sie aus eigener Tasche zu bezahlen sind.

In Fällen, in denen Behandlungen nicht von der Versicherung übernommen werden, erfolgt die Zahlung im Voraus oder am Tag der Behandlung per Karte oder in bar.

Ein Zahlungsaufschub ist in diesen Fällen nicht möglich. Alle gängigen Kredit- und Bankkarten werden akzeptiert.

# PATIENTENKOPIE

**Stornierungsbedingungen: Bitte bewahren Sie diese zu Ihrer Information auf.**



## Geburtshilfe und Gynäkologie

Wenn Sie Ihren Termin absagen oder ändern möchten, tun Sie dies bitte so bald wie möglich und spätestens 24 Stunden vor dem Termin. Für Hebammenleistungen spätestens 48 Stunden vor dem Termin.  
**Bei einer Stornierung oder Änderung nach Ablauf der 24- bzw. 48-Stunden-Frist müssen wir leider eine Bearbeitungsgebühr von 100 CHF berechnen.**



## Schönheitsbehandlungen inkl. Laser-Haarentfernung

Schönheitsbehandlungen müssen spätestens 48 Stunden vor dem Termin abgesagt oder geändert werden.  
**Bei einer Stornierung oder Änderung nach Ablauf der 48-Stunden-Frist müssen wir leider die Hälfte der gebuchten Behandlungskosten in Rechnung stellen.**



## Operative und ästhetische Gynäkologie

Terminabsagen oder -änderungen bei Operationen und chirurgischen Eingriffen können bis zu einer Woche vor der Operation kostenfrei storniert werden. Bei Stornierungen bis zu zwei Tagen vor der Operation ist eine 50% Administrations Gebühr fällig.

**Erfolgt eine Stornierung oder Änderung innerhalb der 48 Stunden oder wird der Operationstermin versäumt, werden die gesamten Behandlungskosten in Rechnung gestellt.**

**Sie können direkt auf der Doctena-Plattform stornieren - wenn Sie Ihren Termin auf diese Weise gebucht haben. Sie können während der Öffnungszeiten anrufen: 061 666 62 10  
Oder senden Sie uns einfach eine E-Mail an website@basel-gynaekologie.ch. Geben Sie in der Betreffzeile unbedingt "Stornierung" an.**

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Termin bis zur Bestätigung per SMS oder E-Mail gebucht ist.**

### Stornierungen aufgrund von Krankheit.

Wir verstehen, dass Erkrankungen unerwartet auftreten können. Zur Gewährleistung von Fairness und zur Sicherstellung des fortlaufenden Praxisbetriebs gelten jedoch die Ausfallgebühren auch bei Krankheitsbedingten Absagen – unabhängig davon, ob ein Arztzeugnis vorgelegt wird.  
Bitte informieren Sie uns so früh wie möglich im Krankheitsfall. Eine frühzeitige Mitteilung ermöglicht es uns, den Termin an andere Patientinnen weiterzugeben und kann dazu führen, dass nur die kurzfristige Absagegebühr und nicht die Gebühr für einen nicht wahrgenommenen Termin anfällt.

Bei ansteckenden Erkrankungen bitten wir Sie, während Ihres Besuchs eine Maske zu tragen, sofern eine Konsultation empfohlen ist. Bei Norovirus bitten wir Sie, NICHT zum Termin zu erscheinen, da das Tragen einer Maske allein nicht ausreichend ist, um eine Übertragung zu verhindern – die Ausfallgebühren gelten jedoch weiterhin unverändert.

**Es gibt keine Gebührenerlasse für nicht wahrgenommene Termine oder kurzfristige Absagen aufgrund von Krankheit.**

Ich habe die Stornierungsbedingungen gelesen und stimme ihnen zu.

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

Patientenname : \_\_\_\_\_

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

## Wahlärztliche Behandlungen Zahlungsinformationen

Die meisten allgemeinmedizinischen Leistungen werden von der Versicherung übernommen, spezielle Schönheits- und elektive chirurgische Behandlungen jedoch möglicherweise nicht.

In Fällen, in denen Behandlungen nicht von der Versicherung übernommen werden, erfolgt die Zahlung im Voraus oder am Tag der Behandlung per Karte oder in bar.

Ein Zahlungsaufschub ist in diesen Fällen nicht möglich. Alle gängigen Kredit- und Bankkarten werden akzeptiert.