



Verehrte Patientin, (Name, Vorname), (geb.)

Ihr Frauenarzt hat Ihnen empfohlen sich in einer Dysplasiesprechstunde vorzustellen.

Gründe für eine Vorstellung können beispielsweise sein:

- Hautveränderung im Bereich des Scheideneingangs, welche mit einer Verfärbung der Haut und Juckreiz einhergehen können
- Auffälliger Krebsvorsorgeabstrich (PAP - Abstrich)
- Infektionen mit HPV (Humanes Papilloma Virus)
- Immer wiederkehrende Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr
- Genitalwarzen und deren Therapie

Wie läuft eine solche Untersuchung ab?

Grundsätzlich unterscheidet sich eine Untersuchung in einer Dysplasiesprechstunde nicht von einer üblichen gynäkologischen Untersuchung. Mit Hilfe eines speziellen Mikroskops (Kolposkop) lassen sich die unterschiedlichen Hautareale im Bereich der Scheide und des Gebärmutterhalses vergrößern. Unter Zuhilfenahme von verschiedenen Lösungen wird das Verfahren noch verfeinert. Zeigt sich eine auffällige Veränderung, so kann diese unter Entnahme einer kleinen Gewebprobe untersucht werden. Die Gewebprobe wird selbstverständlich, sofern notwendig, unter lokaler Betäubung entnommen. Nach Auswertung der Untersuchung und Vorliegen aller Laborergebnisse werden wir Sie und Ihren Frauenarzt über das Ergebnis und die ggf. weiteren notwendigen Therapien informieren.

Worauf muss ich nach der Untersuchung achten?

Grundsätzlich können Sie ihren Tagesablauf ohne Einschränkungen nach der Untersuchung fortführen. Wird bei Ihnen eine Gewebprobe entnommen, kann es anschließend zu einer leichten Blutung und / oder einem periodenähnlichen Ziehen kommen. Die Blutung wird deutlich geringer als Ihre Periode sein und nach 1 - 3 Tagen abklingen. Sollten Sie nach der Untersuchung Beschwerden (Schmerzen oder Fieber) haben, wenden Sie sich bitte jederzeit an uns oder Ihre Frauenärztin / Ihren Frauenarzt.

Was möchten wir vor der Untersuchung von Ihnen wissen?

Erster Tag der letzten Periode	Nein	Ja
Neigen Sie zu verstärkten Blutungen?	Nein	Ja, welche
Haben Sie Allergien?	Nein	Ja, welche
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Nein	Ja, welche

Bitte bestätigen Sie uns Ihr Einverständnis zu der Untersuchung mit Ihrer Unterschrift:

Bamberg, den
	Patientin	Dr. med. Justine Dokoupil

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung und Abrechnung durch die Praxis zu. Die Patienteninformationen zum Datenschutz der Praxis gemäß der DSGVO habe ich verstanden und zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Datum, Unterschrift:

Ärztliche Schweigepflichtsentbindung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Arztbriefe und Befunde an den überweisenden / weiterbehandelnden Arzt bzw. Hausarzt oder externe Partner, wie kooperierende Labore, übersendet werden (z.B. per e - Arztbrief). Hierzu entbinde ich die Dysplasie Diagnostik Dokoupil von der ärztlichen Schweigepflicht.

Außerdem erlaube ich der Praxis die benötigten Befunde von meinem Hausarzt, anderen Fachärzten oder Kliniken anzufordern.

Datum, Unterschrift: