

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Rückmeldebogen

**ENDO-EVE Endometriose effektiv
erkennen und koordiniert ganzheitlich
therapieren**

Kontaktdaten Patientin

E-Mail: _____

Mobilnummer: _____

Kontaktdaten Arztpraxis

Stempel

Die o. g. Patientin war am _____ in unserer Praxis und wurde über das Projekt ENDO-EVE aufgeklärt. Sie hat die Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung gegenüber ihrer Krankenkasse und die Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung unterzeichnet.

Die o.g. Patientin berichtet über eine möglicherweise Endometriose-assoziierte Schmerzsymptomatik seit (ca. Zeitraum in Jahren angeben): _____

Bewertung:

- ☐ Bestätigung des Verdachts auf Endometriose.
- ☐ Keine Bestätigung des Verdachts auf Endometriose.

Folgendes Studienzentrum ist für die Patientin am besten erreichbar:

- ☐ Universitätsklinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin Halle (Saale)
- ☐ Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen Heidelberg
- ☐ Department für Frauengesundheit Tübingen

Bitte senden Sie diesen Rückmeldebogen via KIM an: endo-eve@uk-halle.kim.telematik