

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bitte beantworten Sie die beigefügten Fragen möglichst genau, da diese für eine Beurteilung und Behandlung wesentlich sind.

KONTAKTDATEN

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Familienstand: _____

Wohnort: _____ PLZ: _____

Straße / Nr.: _____

Telefon: _____ - _____

Funktelefon: _____ - _____ (wichtig für die Terminbuchung)

E-Mail: _____ (wichtig für die Terminbuchung)

Hausarzt: _____

Private Krankenversicherung: _____

Ja Nein

Ich akzeptiere die Abrechnung aller erbrachten Leistungen nach dem 2,3 – 3,5 fachen Satz der GOÄ, je nach Leistungsumfang.

Bei mehrfachem „Nichterscheinen“ kann in unserer Praxis kein Termin mehr reserviert werden.
Es steht Ihnen frei, während der allgemeinen Sprechstunde, nach telefonischer Voranmeldung, mit Wartezeit vorbei zu kommen.

Die hier von mir angegebenen Daten sind aktuell und richtig.

Datum, Unterschrift

Größe: _____ m Gewicht: _____ Kg

Wann und bei welchem Frauenarzt waren Sie zuletzt?

Jahr: _____ Name: _____

Haben Sie Kinder geboren?

Geburtsjahr(e): _____ Spontan Kaiserschnitt Saugglocke/Zange

_____ Spontan Kaiserschnitt Saugglocke/Zange

_____ Spontan Kaiserschnitt Saugglocke/Zange

_____ Spontan Kaiserschnitt Saugglocke/Zange

Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch?

Ja wann: _____ Nein

Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt oder eine Eileiterschwangerschaft?

Ja wann: _____ Nein

Wie verhüten Sie?

Spirale Pille 3-Monatsspritze Hormonimplantat keine Verhütung

sonstiges: _____

Letzte Regel? wann: _____

Rauchen Sie oder trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nikotin: Ja wie viel Zig. am Tag _____ Nein

Alkohol: täglich wöchentlich gelegentlich selten nie

Drogenkonsum: Ja was _____ Nein

Hatten Sie bereits Operationen am Unterleib oder andere Operationen?

Ja wann und welche Operationen: _____ Nein

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?

Ja wann: _____ Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie oder ein Brustultraschall durchgeführt?

Ja wann: _____ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja welche: _____ Nein

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen z.B. Medikamente bekannt?

Ja welche: _____ Nein

Wurde eine der nachfolgenden Erkrankungen bei Ihnen festgestellt?

Migräne mit oder ohne Aura Ja Nein

Zuckerkrankheit Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Hoher Blutdruck Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

chron. Herz- oder Lungenerkrankung Ja Nein

Krampfadern Ja Nein

Thrombose Ja Nein

Asthma Ja Nein

Depressionen Ja Nein

andere chronische Erkrankungen Ja Nein (z.B. Morbus Chron, COPD)

wenn ja, welche: _____

Behinderungen geistiger oder körperlicher Art: _____

Krebserkrankungen Ja Nein

Wenn ja, wann und welche Krebserkrankung:

Haben Sie eine Pflegestufe?

Ja Stufe: _____ Nein

Sind Sie berufsunfähig?

Ja Nein

Was machen Sie beruflich?

Familie

Gibt es oder gab es in der Familie folgende Erkrankungen?

Zuckerkrankheit Ja Nein

wenn ja, wer: _____

Hoher Blutdruck Ja Nein

wenn ja, wer: _____

Schlaganfall Ja Nein

wenn ja, wer: _____

Herzinfarkt Ja Nein

wenn ja, wer: _____

Thrombose Ja Nein

wenn ja, wer: _____

Depressionen: Ja Nein

wenn ja, wer: _____

andere Chronische Erkrankungen Ja Nein (z.B. Morbus Chron, COPD usw.)

wenn ja **was** und wer: _____

Krebserkrankungen Ja Nein

wenn ja **was** und wer und in welchem Alter: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihr Praxisteam

Frauenarztpraxis - Dr. med. Nicole Ohldrich

Johann-Gottfried-Boltze-Str.1 06198 Salzatal

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

Für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A, Art. 7 DSGVO

Patient/in

.....
Name, Vorname

.....
Wohnort

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Weitergabe und Anforderung meiner personenbezogenen Daten und Befunde für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber KV Sachsen-Anhalt, dem Labor oder externen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern durch die oben genannte Frauenarztpraxis zu. Ich bin einverstanden, von der Praxis per Telefon, SMS, WhatsApp oder E-Mail (auch zur Übermittlung von Ultraschallbildern und Terminerinnerung) kontaktiert zu werden, wenn es für die Behandlung erforderlich ist.

Als unterzeichnender gesetzlicher Vertreter oder Betreuer des Patienten bezieht sich diese Zustimmung auch auf meine eigenen personenbezogenen Daten, sofern diese zu den o.g. Zwecken erhoben, gespeichert, verarbeitet und weitergegeben werden müssen.

JA NEIN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung und Weitergabe nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuer