



Anamnesebogen für Neupatientinnen

Sehr geehrte Patientin,

für Ihren Termin in unserer Praxis benötigen wir vorab Angaben zu Ihrer eigenen Vorgeschichte und die Ihrer Familie und zum Datenschutz.

Der Fragebogen soll unser nachfolgendes Gespräch nicht ersetzen, sondern lediglich Grundlage dazu sein.

Name, Vorname: _____ Geb-Datum: _____

Straße /Haus-Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Beruf: _____

Hausarzt: _____ Familienstand: _____

Versicherung: _____ Versicherter: _____

Tarif: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Allergien: _____

Nikotin (Menge) / Alkohol / Drogen: _____

Erste Menstruation (Alter): _____ Menopause (Alter): _____

Zyklus regelmäßig: ☐ Ja ☐ Nein Abstände / Dauer: _____

Besonderheiten: _____

Anzahl Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten: _____ Entbindungen: (Jahr) _____
(Einschl. Fehlgeburten)

Art der Geburt (Normal / Saugglocke / Kaiserschnitt) - Komplikationen in der Schwangerschaft oder nach der Entbindung:

Letzte Krebsvorsorge (Wann / Wo): _____

Letzte Mammographie (Wann / Wo): _____

Erkrankungen (z.B: Schilddrüse / Blutdruck): _____

Medikamente (Bitte alle Medikamente auflisten - auch Antibabypille usw.):

Operationen: _____

Infektionskrankheiten (HIV, Leberentzündung, Tuberkulose):

Darmspiegelung (Wann / Wo): _____

Bekannte Krankheiten in der Familie: _____

Impfpass vorhanden: Ja ☐ Nein ☐

Wünschen Sie eine Impfberatung: Ja ☐ Nein ☐

Impfung gegen Gebärmutterkrebs: Ja ☐ Nein ☐

Besonderheiten die wir berücksichtigen sollten: _____

Den Aushang ‚Patienteninformationen zum Datenschutz‘ habe ich zur Kenntnis genommen.

Gelsenkirchen, den _____

Unterschrift

Patienteneinwilligung Praxisorganisation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

In der Ihnen bekannten ‚Patienteninformation zum Datenschutz‘ (siehe Aushang im Wartezimmer) wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages, oder zur Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihnen unsere Service Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung für einen Erinnerungsservice

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

eMail / Tel.-Nr.: _____

Hiermit willige ich,

ein, dass die Frauenarztpraxis Julia Bella-Timpert, Mühlenstr. 5-9, 45894 Gelsenkirchen, meine Daten für einen Erinnerungsservice (Recall) für die wiederkehrende Versorgung verwenden darf.

Die Benachrichtigung darf per :

☐

Postkarte

☐

eMail

☐

Telefonanruf

erfolgen.

Ich darf diese Einwilligung gegenüber der Praxis jederzeit formlos für die Zukunft widerrufen. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben, bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligung ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Gelsenkirchen, den _____ Unterschrift _____

Patienteneinwilligung Datenweitergabe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

In der Ihnen bekannten ‚Patienteninformation zum Datenschutz‘ (siehe Aushang im Wartezimmer) wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages, oder zur Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen, bedarf es ebenfalls Ihrer Einwilligung.

Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenfreigabe

Hiermit willige ich

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

eMail / Tel.-Nr.: _____

ein, dass die Daten über die ärztliche Behandlung bei der Frauenarztpraxis Julia Bella-Timpert, Mühlenstr. 5-9, 45894 Gelsenkirchen, an

☐ den weiterbehandelnden Arzt _____

☐ das Krankenhaus _____

☐ die Labore (u.a. Labor Amedes, Zotz und Praxis Berlinghoff)

☐ die Datenstellen der Krebsfrüherkennung

☐ _____

weitergegeben werden dürfen.

Ich darf diese Einwilligung gegenüber der Praxis jederzeit formlos für die Zukunft widerrufen. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben, bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen/Ärzte in den Einrichtungen von der Schweigepflicht.

Gelsenkirchen, den _____ Unterschrift: _____