

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

Versicherte(r)

Behandlungseinrichtung Die Gyn-Praxis -	Beh.-ID
Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:	Arzt-ID

Anamnese

Liebe 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 oder sprechen Sie uns an.

J = Ja | N = Nein

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Beruf:

Dokumentation zum Patientengespräch: Anamnese



Kontaktdaten

Telefon (privat)*:

Telefon (mobil)*:

E-Mail-Adresse*:

Sollten Sie eines der Felder nicht ausfüllen können, da Sie z.B. über **keine** Festnetznummer, **kein** Handy oder **keine** E-Mail-Adresse verfügen, setzen Sie bitte ein Minuszeichen in das entsprechende Feld.

Hausarzt

Name:

Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes:

Menstruation

Letzte Periode

Regelmäßige Periode

J N

Erste Menstruation

Sind oder waren sie schon in der Menopause?

J N

Schwangerschaften

Geburten:

Geburten wann:

Kaiserschnitte:

Operationen / Erkrankungen

Operationen J N

Vorerkrankungen J N

Eigene Krebserkrankungen J N

Krebserkrankungen in der Familie J N

Mammographie

Wurde bei Ihnen eine Mammographie durchgeführt? J N

Koloskopie

Wurde bei Ihnen eine Koloskopie (Darmspiegelung) durchgeführt? J N

Impfungen

HPV (Gardasil)-Impfung

vollständig

unvollständig

keine

unklar

Röteln-Impfung J N

Corona-Impfung J N

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein? J N

Allergien

Leiden Sie an Allergien? J N

Tabakkonsum

Rauchen Sie? J N

Allgemein

Größe:

Gewicht:

Wie verhüten Sie momentan?

Seit wann verhüten Sie?

Nehmen Sie Hormone ein? J N

Harn

Häufiger Harndrang J N

Harnverlust J N

Besonderheiten

Unterschrift

Zur Unterschrift klicken Sie bitte in das Feld.

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter
Ort/Datum:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN

(gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
- Ich bin hiermit darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und andere Ärzte sowie Labore übermittelt werden.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Gynäkologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER PATIENTENDATEN GEM. ART. 6,7 ABS. 1 LIT. a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für (bitte ankreuzen)

- Termin-Erinnerung
- Befunde / Fremdbefunde per Email oder Post senden

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs.3 Satz 2 DSGVO).

Datum _____

Unterschrift _____

