



ANAMNESE

Patientenfragebogen

Danke, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so gut es Ihnen möglich ist aus.
Unverständliche Fragen lassen Sie einfach weg. Wir können sie gerne zusammen im Gespräch klären.

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Telefon (privat) _____ Handy _____

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend

Beruf _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Vorerkrankungen

Diabetes ☐ Nein ☐ Ja

Behandlung ☐ Insulinpflichtig ☐ Tabletten ☐ Diät

Gefäßschädigung ☐ Nein ☐ Ja

Migräne ☐ Nein ☐ Ja

Blutgerinnungsstörung ☐ Nein ☐ Ja

Erhöhung der Blutfette ☐ Nein ☐ Ja

Vorerkrankungen

Thrombose ☐ Nein ☐ Ja, wann _____

Lungenembolie ☐ Nein ☐ Ja, wann _____

Herzinfarkt ☐ Nein ☐ Ja, wann _____

Schlaganfall ☐ Nein ☐ Ja, wann _____

Herzerkrankung (wie
Vorhofflimmern, Rhythmusstörung,
Schlaganfall) ☐ Nein ☐ Ja

Schilddrüse ☐ Nein ☐ Ja, was _____

Darmerkrankung ☐ Nein ☐ Ja, was _____

Autoimmunerkrankung ☐ Nein ☐ Ja, welche _____

Andere Erkrankungen ☐ Nein ☐ Ja, welche _____

Medikamente, Nikotin, Allergien

Medikamente ☐ Nein ☐ Ja, für welche Erkrankung _____

Nikotin ☐ Nein ☐ Ja, wie viel pro Tag _____

Allergien ☐ Nein ☐ Ja, welche _____

Bitte geben Sie an, worauf oder wie Sie allergisch reagieren:

☐ Penicillin ☐ Aspirin – ASS ☐ Pflaster ☐ Latex

Sonstige _____

Kinderkrankheiten und Impfungen

Kinderkrankheiten

☐ Masern ☐ Röteln ☐ Windpocken ☐ Mumps

Impfungen: welche, und Jahr der letzten Impfung

Impfungen

☐ Masern/Mumps/Röteln ☐ Windpocken ☐ Gebärmutterhalskrebs (HPV)

☐ Hepatitis B ☐ Sonstige _____

Bitte bringen Sie den Impfpass zur Überprüfung in die Praxis.

Gynäkologische Anamnese

Letzte Regelblutung (erster Tag der Blutung) _____

Blutung

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ schmerzhaft

Derzeitige Verhütung

☐ Pille, welche _____ ☐ Kondom

☐ Spirale, welche _____ ☐ seit _____

Sonstiges

Allererste Regelblutung (Menarche) Alter oder Jahrgang, z. B. 12 Jahre oder 1980 _____

Krebsvorsorge

☐ Nein ☐ Ja, wann _____ (Monat und Jahr)

Mammographie

☐ Nein ☐ Ja, wann _____ (Monat und Jahr)

Darmspiegelung

☐ Nein ☐ Ja, wann _____ (Monat und Jahr)

Operationen und Geburten

Gyn. Operationen ☐ Keine ☐ Ja, welche _____

Brustoperationen ☐ Keine ☐ Ja, welche _____

Allg. Operationen ☐ Keine ☐ Ja, welche _____

Geburten ☐ Nein ☐ Ja

Wann	M / W	Geburtsverlauf oder Besonderheiten	Gewicht / Länge	Gestillt? Wie lange

Fehlgeburten ☐ Nein ☐ Ja, wann _____

Abbrüche ☐ Nein ☐ Ja, wann _____

Krankheiten in der Familie

Eltern, Großeltern, Urgroßeltern oder Geschwister – z. B. Krebs, Geschlechtskrankheiten, Fehlbildungen, Erbkrankheiten, andere Besonderheiten wie Erhöhung der Blutfette, Bluthochdruck [Thrombose, Herzinfarkt, Lungenembolie, Schlaganfall bei Angehörigen unter 50 Jahren]

☐ Keine
☐ Ja, welche _____

Bitte denken Sie daran, uns alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Datum

Unterschrift



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Einverständniserklärung zum Versand von Arztbriefen

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM

Liebe Patientin,

im Datenschutz (SGB V § 73) ist geregelt, dass wir nur Arztbriefe verschicken dürfen, wenn Sie uns das schriftlich erlauben.

Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht von uns erhalten dürfen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen. Nur dann werden diese Befunde weitergeleitet.

Deshalb bitten wir Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

- ☐ Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie **keinen** Befundbericht an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt/Ärztin als auch andere mitbehandelnde Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.
- ☐ Ich möchte, dass folgende mitbehandelnde Ärzte bei auffälligen Befunden einen Bericht über die durchgeführten Untersuchungen erhalten, nämlich

Arzt / Ärztin _____

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum

Unterschrift



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Einverständniserklärung zum Versand von personenbezogenen Daten

Liebe Patientin,

im Rahmen des Datenschutzes ist geregelt, dass wir Probematerial (z. B. Krebsvorsorgeabstriche, zytologische Abstriche, Blut oder Urin) und Befunde nur mit Ihrer schriftlichen Zustimmung an andere Fachgruppen, z. B. Labore, Radiologen, Histologen, Zytologen, und für deren Arbeitsbereiche bzw. für deren Befunderstellung verschicken dürfen.

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen, persönlichen Daten zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter sowie deren Abrechnung weitergeleitet werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen Daten mit- und weiterbehandelnden Ärzten telefonisch, elektronisch und per Telefax übermittelt werden dürfen.

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V § 73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum

Unterschrift