

Anamnesebogen Gynäkologie

(vom Patienten auszufüllen)

PATIENTENDATEN

Name, Vorname

Adresse

Beruf

Telefon

Geburtsdatum

Mobiltelefon

Hausarzt/-ärztin

E-Mail

ALLGEMEINE ANGABEN

Was ist der Grund Ihres aktuellen Besuches?

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja, folgende:

Sind Sie Raucherin? Nein Ja, _____ Zigaretten/Tag

Leiden Sie unter Allergien/Unverträglichkeiten? Nein Ja, folgende:

Liegt bei Ihnen eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs vor? Nein Ja, Datum:

Angaben zum Zyklus

Erste Menstruation mit _____ Jahren keine Menstruation mehr seit _____ Jahren

Ist/war Ihre Menstruation regelmäßig? Nein Ja, alle _____ Tage 1. Tag letzte Regel _____

GYNÄKOLOGISCHE ANGABEN

Datum Ihrer letzten gynäkologischen Untersuchung/Krebsvorsorge:

Gab es bei Ihrer letzten gynäkologischen Untersuchung Auffälligkeiten? Nein Ja, folgende:

Gibt es gynäkologische Erkrankungen der Brust? Nein Ja, folgende:

Geburten Anzahl: mit Kaiserschnitt: mit Zange/Saugglocke:

Fehlgeburten Anzahl: Abbrüche: Eileiterschwangerschaft:

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft(en)/Geburt(en)? Nein Ja, folgende:

Wie verhüten Sie derzeit?

ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN

Eigene Erkrankungen Nein Ja

Wenn ja, nennen Sie bitte auch nicht-gyn. Erkrankungen (z. B. Unterleib, Geschlechtskrankungen, Blutdruck, Diabetes, Schilddrüse, Herz, Schlaganfall, Krebs, Gerinnungsstörungen/Thrombose/Embolie, Epilepsie, Depressionen, Autoimmun- oder Erbkrankheiten, Infektionen z. B. Hepatitis, HIV, o. a.

Gab es in der Vergangenheit Operationen? Nein Ja

Falls ja, wann/was/ggf. welches KKH? (z.B. Blinddarm, Leistenbruch, Galle, Brust, Magen/Darm, Genitalbereich, kosmetische Operationen)

Gibt/Gab es Krankheiten innerhalb der Familie? Nein Ja

Bestehen oder bestanden in der näheren Verwandtschaft (z.B. Eltern, Geschwister, Kinder) schwerwiegende Erkrankungen (z.B. Krebsleiden, Gerinnungsstörung – s. oben)? Wenn ja, welche und in welchem Alter traten diese auf?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben: Datum und Unterschrift Patientin bzw. gesetzl. Vertreter

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

(vom Patienten auszufüllen)

PATIENTENDATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon privat

Mobil

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das MVZ Lipsity sowohl Probenmaterial als auch alle erforderlichen Daten (z. B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsstatus, ggf. notwendige Angaben zu Vorerkrankungen und Vorbefunde) an die alphaomega Labor GbR zur Erbringung von Laborleistungen weitergeben darf.

Mir ist bewusst, dass zur Durchführung von seltenen Spezialanalysen mein Blut und andere Körpermaterialien sowie die notwendigen Daten zu meiner Person auch an andere Labore weitergegeben werden können.

Die Weitergabe erfolgt ausschließlich an akkreditierte/ zertifizierte Auftragslabore, die den gesetzlichen Vorgaben zur Schweigepflicht und zum Datenschutz unterliegen.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass im erforderlichen Fall meine Daten auch für andere dem MVZ Lipsity zugehörige Facharztpraxen zugänglich gemacht werden, z. B. im Falle einer gemeinsamen Weiterbehandlung.

Ja, ich bin einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen zur Optimierung der Behandlung per Fax, E-Mail oder Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) versendet werden dürfen.

Ja, ich bin einverstanden, dass meine E-Mailadresse und Telefonnummer für die Terminvergabe und Terminerinnerung über unserer Onlinetermin-tool Doctolib genutzt werden kann.

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

Unterschrift Patientin/gesetzl. Vertreter