

Anamnesebogen Gynäkologie

(vom Patienten auszufüllen)

PATIENTENDATEN

Name, Vorname

Adresse

Beruf

Telefon

Geburtsdatum

Mobiltelefon

Hausärztin

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

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 Patient 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 das 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 Patient/gesetzlicher Vertreter