

Anamnese:

Frauenarzt:(komplette Anschrift)

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? (Arzt/Internet/Freunde): _____

Ihr Beruf, Arbeitgeber: _____

Ihre Privatnummer: _____

Ihre Handynummer: _____

Ihre Email-Adr.: _____

Erste Periode (Alter) _____

Periodenblutung alle _____ Tage, Dauer _____ Tage, Stärke _____ Blutungsstörungen _____

Schmerzen bei der Periode: schwach mittel stark Unterbauchschmerzen: schwach mittel stark

letzte Krebsvorsorge: _____ letzte Mammographie: _____ letzte Darmspiegelung: _____

Erkrankungen in der Familie (wenn ja bei wem?): _____

(Kreislauferkrankungen, Gefäßerkrankung)

Gewicht _____ kg

Körpergröße _____ cm

Blutgruppe: _____

Eigene Erkrankungen: _____

	immun	geimpft
Röteln		
Windpocken		
HPV		

Aktuelle Kinderwunsch-Therapie: ja nein

Spermiogramm♂: ja, Ergebnis: _____ nein

Allergien: _____ Raucher: ja nein _____

Aktuelle Hormontherapie: ja: _____ nein

Pille seit: _____ welche: _____ Spirale seit: _____ welche: _____

Medikamente: _____ Nikotin: _____ Zig./Tag

Frühere Entbindungen

Monat/ Jahr	Geburt Normal/Kaiserschnitt	Besonderheiten

Fehlgeburten/Abbrüche

Monat/ Jahr	Besonderheiten

Operationen

Monat/ Jahr	Eingriff	Klinik	Besonderheiten / Komplikationen

Bitte wenden

**Haben Sie eine private Zusatzversicherung für stationäre Krankenhausbehandlungen?
Bei Privatversicherten Patientinnen, ist auch hier die Angabe wichtig, im Falle für die OP-Planung/
Klinikanmeldung!!**

Nein Ja → Name der Versicherung _____

→ 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer Chefarzt-Behandlung

- Notfallkontakt, Angehörige oder gesetzliche Betreuer, demgegenüber Sie den Arzt von der **Schweigepflicht entbinden**, wie stehen sie zu dieser Person (z.B. Eltern/Partner) bitte vermerken.

Name: _____

Telefonnummer: _____

In unserem MVZ bieten wir die Speicherung des Notfalldatensatzes auf Ihrer gesetzlichen Versicherungskarte an. Folgende Daten wären möglich: Notfallkontakt (bitte siehe oben), Hausarzt, chronische Erkrankungen, Allergien gegen Medikamente sowie auch weitere Notfallrelevante Informationen.
(Bitte diesbezüglich die dazugehörenden Felder ausfüllen, Danke!)

Wünschen Sie die Speicherung folgender notfallrelevanter Daten auf Ihrer gesetzlichen Versichertenkarte?

- Allergien?** Ja Nein
Notfallrelevante Vorerkrankungen? Ja Nein
Der von Ihnen angegebene Notfallkontakt (z.B. Ehepartner/in, Eltern etc.)? Ja Nein

- Ich willige darin ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde zu Dokumentations- und ggf. Weiterbehandlungszwecken an folgende Ärzte
(z.B. Überweiser/Vor-/Nach-/Weiterbehandlung) übermittelt werden.

- Ja, an alle Nein, an keinen Arzt
 Ja, aber NUR an folgenden Arzt/Ärzte:

Diese Einwilligungserklärungen geben Sie freiwillig ab. Sie können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden. Die bis zum Zeitpunkt Ihres Widerrufs erfolgten Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit der Erfassung meiner o.g. Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme einverstanden.

Hiermit erkenne ich an, dass ich daran gebunden bin, die vereinbarten Termine einzuhalten.
Mir ist bekannt, dass ich Termine rechtzeitig vorher absagen muss.

Falls sich Änderungen ergeben sind Sie verpflichtet, dies in der Praxis mitzuteilen.

Datum

Unterschrift