



Qualität und
Entwicklung in
Praxen

Patienten- Anamnesebogen

1.2.1 Anamnese

Ziel 1 (Kernziel)

Frauenheilkunde Praxis Natalia Nezlau

Dok

1.2.1 (1) Dok2

<http://www.praxisnatalianeزلaw.de>

Neckarstr. 3, 72172 Sulz am Neckar, Tel. 07454/997679, Fax. 07454/997695

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation? Wenn ja, welche und wann?
Leiden Sie unter Krankheiten? Wenn ja, welche?
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
Wann hatten Sie Ihre letzte Mammographie?
Grund Ihres Besuches? (Bitte umkreisen) Kontrolle Schmerzen anderes Problem

Ihre Fragen und/oder Wünsche: _____

Sehr geehrte Patientin, wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die **vaginale Ultraschall-untersuchung für Fachärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe keine Sonderleistung der Krankenkasse ist**. Sollten Sie diese Untersuchung in meiner Ordination durchführen lassen wollen, **ist es kostenpflichtig**.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Termine bzw. mindestens 2 Tage vorher abzusagen. **Nicht rechtzeitig abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden**. Ich erkläre mich mit der **elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden**.

Ja, ich möchte an weitere Untersuchungen erinnert werden und bitte um die Eintragung in Ihre Erinnerungskartei.

_____/_____/_____
Datum

Unterschrift

Dateiname: 1.2.1 (1) Dok2_V3.0 Patienten-Anamnesebogen.doc
Erstellt: *Hristian Carabulea* am: 29.01.2012
Geprüft: *Natalia Nezlau* am: 29.01.2012
Freigegeben: *Natalia Nezlau* am: 29.01.2012

Seite 2 von 2
Version: 3.0
gültig ab: 29.01.2012



Qualität und
Entwicklung in
Praxen

1.2.1 Anamnese

Patienten- Anamnesebogen

Ziel 1 (Kernziel)

Frauenheilkunde Praxis Natalia Nezlaw

Dok

1.2.1 (1) Dok2

<http://www.praxisnatalianeزلaw.de>

Neckarstr. 3, 72172 Sulz am Neckar, Tel. 07454/997679, Fax. 07454/997695

Name _____ Geburtsdatum ____/____/____

Telefon ____/____/____ Hausarzt _____

Rauchen Sie? Wenn ja wie viel?
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja wie viel?
Hatten Sie jemals eine Geschlechtskrankheit?
Erkrankungen in Ihrer Familie (z.B. Thrombembolien, Bluthochdruck, Krebs, sonstige Krankheiten)? Wenn ja, welche und welches Familienmitglied?
Mit welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung?
Ist Ihre Blutung regelmäßig?
Wie oft kommt Ihre Monatsblutung?
Wie lange dauert Ihre Monatsblutung?
Wann war Ihre letzte Regelblutung? (Datum)
Sollten Sie seit längerer Zeit nicht mehr bluten, wann hat die Blutung ca. ausgesetzt?
Haben Sie Kinder? Wenn ja wie viele?
Stillen Sie?
Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt?
Empfängnisverhütung? (Bitte umkreisen) Pille Spirale Kondom
Wenn andere, welche?

Dateiname: 1.2.1 (1) Dok2_V3.0 Patienten-Anamnesebogen.doc
Erstellt: Hristian Carabulea am: 29.01.2012
Geprüft: Natalia Nezlaw am: 29.01.2012
Freigegeben: Natalia Nezlaw am: 29.01.2012

Seite 1 von 2
Version: 3.0
gültig ab: 29.01.2012

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich _____

(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Natalia Nezlau, Obere Hauptstr.1,72717 Sulz meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Familienangehörige für mich ausgestellte Rezepte, Überweisungen, andere Formulare und / oder Befundberichte abholen dürfen.

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Andere Personen:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw, gesetzlichen Vertreters)