

Name, Vorname _____

Geb.-Datum: _____

E-Mail _____

Telefon _____

Hausarzt: _____

Vorerkrankungen

Blutdruck hoch/ niedrig

Herzerkrankung

Blutungsneigung

Thrombose

Lungenerkrankung

Sonstige _____

Operationen

Gynäkologische Operationen:

Sonstige: _____

Medikamente

Was/seit wann _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Allergien

Rauchen

ja / nein

Impfstatus

geimpft gegen HPV / Corona

Impfpass vorgelegt: ja / nein

Berufliche Tätigkeit

angestellt

Schülerin/Studentin

Hausfrau

Spez. Familienerkrankungen

Bspw. Brustkrebs, Eierstockkrebs?

Gynäkologische Anamnese

▪ Erste Regelblutung mit _____ Jahren. Meine Blutung ist: regelmäßig / unregelmäßig / schmerzhaft

▪ Letzte Blutung (Menopause) mit _____ Jahren.

▪ Ich habe ____ Kinder. Geburtsjahre und Geschlechter (m/w/d) _____

▪ Entbindungsart/en (je Art mit Anzahl): ____ x Spontangeburt / ____ x mit Saugglocke / ____ x per Kaiserschnitt

▪ Hatten Sie eine oder mehrere Fehlgeburten? nein / ja, ich hatte ____ Stück Wann? _____

▪ Hatten Sie eine oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche? nein / ja, ich hatte ____ Stück Wann? _____

▪ Hatten Sie eine oder mehrere Eileiterschwangerschaften? nein / ja, ich hatte ____ Stück Wann? _____

▪ Letzte Mammographie: _____ / keine Letzte Krebsvorsorge: _____ / keine Darmspiegelung: _____ / keine

▪ Aktuelle Verhütungsmethode: Pille Spirale Sonstige: _____

Haben Sie aktuelle Beschwerden? Wenn ja, welche?

Letzte gynäkologische Untersuchung: _____ Letzte Regelblutung: _____

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich alle Angaben vollständig und richtig gemacht habe.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____



Datenschutzerklärung für Patienten/Patientinnen

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Das Datenschutzgesetz schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

- Ich bin mit der Datenübermittlung (= Hausarztbrief) an den uns von Ihnen genannten Hausarzt einverstanden.
- Ich bin ebenfalls mit der Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser einverstanden, wenn diese zum Wohle meiner Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen.
- Ich bin einverstanden, da einige Auswertungen nicht in der Frauenarztpraxis am Deister durchgeführt werden können, dass Laboruntersuchungen mit meinen Personalien an die Fachlabore Dr. Lütge GmbH bzw. Amedes gesendet werden. Diesbezüglich erfolgt bei einigen Untersuchungen die Weiterleitung Ihrer Daten an externe, autorisierte Abrechnungsstellen der Labore (Rechnungen etc.).
- Ich bin einverstanden, dass die Frauenarztpraxis am Deister, geführt von Nora Bauer, bei anderen Ärzten wichtige Unterlagen von mir anfordert (Befunde, Röntgenbilder, etc.).
- Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass mir Informationen/Arztbriefe auch per E-Mail mitgeteilt werden dürfen, wohlwissend, dass ein Datenaustausch per E-Mail nicht verschlüsselt ist.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**Bitte bestätigen Sie jeden Absatz mit einem Kreuz in dem jeweiligen Kästchen.
Nicht Zutreffendes bitte eindeutig streichen.**

Hausarztpraxis

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

