

# ANAMNESEBOGEN

## FRAUENÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS AN DER CAMPUSBRÜCKE

Name

geboren am

### ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

- Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Weshalb?
- Haben Sie derzeit irgendwelche Allgemeinbeschwerden? Welcher Art?

### LEIDEN SIE UNTER EINER DER FOLGENDEN KRANKHEITEN ODER WAREN SIE IN DER VERGANGENHEIT DAVON BETROFFEN?

- Herzerkrankungen (Herzinfarkt, künstl. Herzklappe, Herzschrittmacher)
- Blutgerinnungsstörungen
- Bluthochdruck
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Krankheiten der Leber (Gelbsucht, Hepatitis)
- AIDS (HIV)
- Krebsleiden
- Bluten Sie bei Verletzungen lange nach?
- Gibt es in ihrer Familie / bei Verwandten Krebserkrankungen? Welche?
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? (falls bekannt bitte eintragen)
- Sind Sie schon einmal operiert worden? (insbesondere Operationen an Brust und im Unterleib)  
Was ist operiert worden:
- Hatten Sie selbst schon einmal Probleme oder Erkrankungen an/mit der Brust? Welche?
- Wann hatten Sie die letzte Mammographie?
- Auf welche Medikamente reagieren Sie überempfindlich / haben Sie Allergien?
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

### SCHWANGERSCHAFT

- Waren Sie schwanger? Haben Sie Kinder? Wie oft/wie viele?
- Sind Sie zur Zeit schwanger?
- Tragen Sie bitte das Datum der letzten Periodenblutung ein (1. Tag)

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

BITTE WENDEN



# PATIENTENEINWILLIGUNG

## BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS/PRAxisORGANISATION

### FRAUENÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS AN DER CAMPUSBRÜCKE

Name
Straße, Hausnr.
Telefon

geboren am
PLZ, Stadt
Email

#### SEHR GEEHRTE PATIENTIN,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ (Aushang im Wartezimmer oder unter [www.frauenaeerzte-lev.de](http://www.frauenaeerzte-lev.de)) wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Damit zur Abwicklung Ihrer Behandlung ein Austausch der notwendigen persönlichen und medizinischen Daten erfolgen kann und wir an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte und Therapeuten, Krankenhäuser, Labore etc.) Ihre Daten übermitteln dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern.

Eine Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

#### EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich ein, dass die folgenden Dienstleistungen mit meinen persönlichen Daten im Rahmen meiner Behandlung regelhaft durch Dritte übernommen werden dürfen:

- Laboruntersuchungen durch das Labor Dr. Wisplinghoff, Köln
- Pathologische Untersuchungen inkl. Befundung durch das Institut für Pathologie und Zytologie Dr. med. Ergin Kilic, Leverkusen und Dr. med. Dietmar Kindermann, Bonn

Darüber hinaus willige ich ein, dass meine Daten über die ärztlichen Behandlungen bei Dres. Herbst und Schütt Werkstättenstr. 20, 51379 Leverkusen wie folgt weitergegeben oder Befunde angefordert werden dürfen:

- Hausarzt (Namen immer angeben) \_\_\_\_\_
- Krankenhaus (Namen immer angeben) \_\_\_\_\_
- Radiologisches Institut Med360° oder anderes (Namen immer angeben) \_\_\_\_\_

Meine Rezepte/Überweisungen dürfen an folgende Personen ausgehändigt werden (Vor- und Nachnamen):

\_\_\_\_\_

Im Einzelfall kann es je nach Notwendigkeit und Erkrankung aus medizinischen Gründen sinnvoll sein, einen Austausch zwischen den Ärzten bzw. anderen Therapeuten zur Beratung und Behandlung hinzuzuziehen und damit erkläre ich mich einverstanden. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen/Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen/Ärzte von der Schweigepflicht.

Zum Zwecke der Terminvergabe dürfen meine Daten über Dienste der Firma „Mednanny“, Doctena Austria GmbH, Mooslackengasse 17, A-1190 Wien, verwendet werden und ich bin einverstanden, dass ich über die Erinnerungsfunktion für wiederkehrende Untersuchungen (z.B. „Recall“) und/oder Dienste der Terminvergabe in Form von SMS, Email oder Post oder ggfs. Telefon kontaktiert werde.

Ferner dürfen meine Kontaktdaten (inkl. Telefon, Email, Post etc.) zur persönlichen Korrespondenz (inkl. Informationsschreiben) zwischen mir und der Praxis verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT