



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit wir Sie umfassend beraten und behandeln können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Anamnesebogen

Name, Vorname : _____
Geburtsdatum : _____ Telefonnummer : _____
Größe : _____ m Gewicht : _____ kg
derzeitiger Beruf : _____
Hausarzt : _____ Frauenarzt : _____

Vorerkrankungen:

| | | | |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> seit _____ | Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> seit _____ |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> seit _____ | Angina pectoris | <input type="checkbox"/> seit _____ |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> seit _____ | Sonstige Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> seit _____ |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> seit _____ | Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> seit _____ |
| Depression | <input type="checkbox"/> seit _____ | Krampfadern | <input type="checkbox"/> seit _____ |
| Gerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> seit _____ | Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> seit _____ |
| Sonstige Erkrankungen: | _____ | | |

Krebserkrankungen in der Familie? nein nicht bekannt
 ja, und zwar _____

Gerinnungsstörungen in der Familie? nein nicht bekannt
 ja, und zwar _____

Operationen (wann und welche)? _____

Menarche (erste Regelblutung) im Alter von: _____

Menopause (letzte Regelblutung):

- ja, im Jahr: _____
Hormoneinnahme: nein
 ja, über _____ Jahre, welche? _____
- nein, Zyklus ist regelmäßig, ca. _____ Tage
 unregelmäßig



Pilleneinnahme? nein ja, seit? _____ welche? _____

Geburten? nein ja, wann? _____

Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch? nein ja, wann? _____

Allergien/

Medikamentenunverträglichkeiten: nein
 ja, welche? _____

HPV – Impfung erfolgt? nein ja

Rauchen Sie? nein ja, seit _____ Jahren, ca. _____ Zigaretten am Tag

Alkohol- / Drogenabhängigkeit? nein ja, seit _____ welche? _____

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten ja nein

Welche? / Menge

(bitte evtl. Medikamentenplan beifügen)

Regelmäßige Einnahme von Blutverdünnern? nein ja, welche?

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Vielen Dank!



Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur Informationsweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DSGVO), erhoben, gespeichert, geändert und gelöscht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Hausärzte, Labor und evtl. Tumorzentren übermittelt und auch von dort eingeholt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde:

| | |
|------|---------------------|
| Name | Verwandtschaftsgrad |
|------|---------------------|

| | |
|------|---------------------|
| Name | Verwandtschaftsgrad |
|------|---------------------|

| | |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|

Dr. Busch MVZ GmbH
Gynäkologisch-onkologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Steffi Busch
ärztliche Leiterin

Bei der Marienkirche 6
99974 Mühlhausen

Tel.: +49 03601 758208
Fax: +49 03601 758232
Mail: info@mvz-busch.de
Web: www.mvz-busch.de



Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur Informationsweitergabe

Aufgrund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen ist es im E-Mail-Verkehr laut Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden.

Für den Fall, dass Sie Ihren Schriftverkehr in Zukunft dennoch per E-Mail führen möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versand solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn von Ihnen eine unterfertigte Erklärung vorliegt.

Einverständniserklärung: Ich bin mit der Korrespondenz, bzw. der Zusendung von Daten im PDF-Format per einfacher E-Mail einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Mailadresse: _____

Telefonnummer(optional): _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Dr. Busch MVZ GmbH
Gynäkologisch-onkologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Steffi Busch
ärztliche Leiterin

Bei der Marienkirche 6
99974 Mühlhausen

Tel.: +49 03601 758208
Fax: +49 03601 758232
Mail: info@mvz-busch.de
Web: www.mvz-busch.de