



Patientinnen-Anamnesebogen

Liebe Patientin,

um Sie umfassend beraten und behandeln zu können bitte ich Sie heute, sich ein wenig Zeit zu nehmen und diesen Bogen zu Ihrer Krankengeschichte auszufüllen. Sie können diesen Fragebogen ausdrucken und schriftlich ausfüllen, oder als PDF auf Ihrem Rechner bearbeiten und dann ausdrucken.

Falls Sie Fragen haben sollten oder Ihnen das Ausfüllen des Bogens Probleme bereiten sollte, sind wir Ihnen gerne behilflich.

Vielen Dank

Ihr Praxisteam

Name und Vorname	
Adresse	
Wohnort	
Telefonnummer	
Natelnummer	
Person, die im Notfall zu verständigen ist (Telefonnummer)	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Hausarzt	

Gynäkologische Eigenanamnese:

Erste Regelblutung (Alter):	
Regelabstand:	Regeldauer:
Geburten:	
Fehlgeburten:	
Schwangerschaftsverhütung (falls für Sie zutreffend) wie?	
Letzte Mammografie (Röntgen der Brust, falls für Sie zutreffend):	

Wechseljahre (falls für Sie zutreffend):

Letzte Regel überhaupt:	Alter bei letzter Regel:
-------------------------	--------------------------

Voroperationen:

Wann?	Was wurde operiert?	Wo wurde die Operation durchgeführt?



Einverständniserklärung Patientendatenverwendung

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern für die Mitarbeiter der Praxis einsehbar sind, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass meine bestehende Krankengeschichte auf Grund der Praxisübernahme durch Frau Vatterott eingesehen werden darf.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben und meine persönlichen Angaben streng vertraulich behandelt werden.

Meine Daten dürfen nur für medizinische Zwecke unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Pat. Nr.:

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt/Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine Rechnungsstellung auf Papier im Tiers Garant (Rechnung direkt an den Patienten).