

— FRAUENARZT IN HANDEWITT —
ALEXANDER WAGNER

ANAMNESEBOGEN

ANGABEN ZUR PERSON

Name/Vorname: _____ Tel.: _____

Geburtsdatum: _____ Email: _____

Straße: _____ Beruf: _____

PLZ, Ort: _____ Hausärztin/arzt: _____

Handy: _____ Krankenkasse: _____

Was ist der Anlass Ihres aktuellen Besuchs? _____

Körpergröße: ____ cm Gewicht: ____ kg

Leiden Sie unter bestimmten Vorerkrankungen (z. B. Thrombose, Bluthochdruck, Diabetes usw.)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/Hormone? Nein Ja, Folgende:

Rauchen Sie? Ja Nein

Allergien: Nein Ja, welche: _____

Bisher durchgeführte Operationen:

Chemotherapie/Bestrahlung: _____

Hatten Sie eine Magen- / Darmspiegelung? Wenn ja, wann? _____

Gibt es bei Ihren Verwandten (Eltern/Geschwister/Großeltern) bestimmte Erkrankungen?

Krebskrankungen in der Familie (in welchem Alter)? _____



— FRAUENARZT IN HANDEWITT —

ALEXANDER WAGNER

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? _____

Wurde bei Ihnen die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs durchgeführt? Nein Ja

Wann war Ihr letzter PAP/HPV-Abstrich? _____

Wann war Ihre letzte Mammographie? _____

Erste Periode mit ___ Jahren

Beginn der letzten Periode? _____ Zykluslänge: ___ Tage; Dauer der Blutung ___ Tage

Beschwerden während Ihrer Regelblutung? Nein Ja, Folgende: _____

Wie verhüten Sie? _____

Besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch? Nein Ja, seit: _____

Geburten: Anzahl: ___ Davon per Kaiserschnitt: ___ Mit Saugglocke/Zange: ___

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft/Geburt? Nein Ja, welche:

Fehlgeburten: ___ Abbrüche: ___ Eileiterschwangerschaften: ___

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Google Website Instagram Empfehlung durch Familie/Freunde

DATENSCHUTZ UND EINWILLIGUNG

Ich willige ein, dass die Frauenarztpraxis Alexander Wagner meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Befunde und Abrechnungsdaten) zum Zweck der medizinischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a und lit. b DSGVO erhebt, speichert und verarbeitet. Ich bin darüber informiert, dass diese Daten ausschließlich im Rahmen der ärztlichen Behandlung verwendet werden und ggf. an mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, Labore oder Abrechnungsstellen weitergegeben werden dürfen, soweit dies für die Behandlung oder Abrechnung erforderlich ist. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf kann schriftlich, per E-Mail oder mündlich in der Praxis erfolgen. Mir ist bekannt, dass der Widerruf die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis mich bei Bedarf telefonisch, per E-Mail oder per Post zur Terminvereinbarung oder Befundmitteilung kontaktieren darf.

Datum und Unterschrift _____

ggf. gesetzlicher Vertreter/in _____

