



Anamnesebogen - Fragebogen

Dieser Fragebogen dient zur Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihrer Ärztin, er soll es nicht ersetzen!

Wichtige Angaben zu Ihrer Person

Name:
Geburtsdatum:
Handy Nr.:
Telefon Nr. Privat:
E-Mail-Adresse:

Aktuell

Welcher Anlass oder welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?

Datum:
Anlass:
Ggf. seit wann haben Sie diese Beschwerden?
Wann war Ihr letzter Frauenarztbesuch und Krebsvorsorge:
Hausarzt / Hausärztin:
Bericht an Hausarzt? ja nein

Fragen zu Allergien/Medikation

Sind Ihnen Allergien und/oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

Bitte geben Sie hier die Medikamente an, die Sie dauerhaft einnehmen:

Fragen zum Zyklus, zur Verhütung, zu Schwangerschaften

Wann begann Ihre aktuell letzte Regelblutung?
In welchen Abständen kommen zurzeit Ihre Regelblutungen?
In welchem Alter bekamen Sie Ihre erste Regelblutung?
Ggf. wann Ihre letzte Regelblutung (Menopause/Wechseljahre)?
Sind Ihnen schon einmal Hormone verordnet worden? Wenn ja, wann/warum?

Falls Verhütung für Sie ein Thema ist/war -
welche Methode wenden Sie an/haben Sie angewendet?

Haben Sie Kinder geboren? Wann? Mädchen/Junge?

Wie ist/sind Ihre Schwangerschaft/en verlaufen?

Wie ist/sind die Geburt/en und das Wochenbett verlaufen?

Hatten Sie Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche? Wann?



Anamnesebogen - Fragebogen

Dieser Fragebogen dient zur Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihrer Ärztin, er soll es nicht ersetzen!

Fragen zu Erkrankungen/Operationen des Unterleibes

Hatten Sie Erkrankungen/Operationen an: Gebärmutter, Eierstöcken, Eileitern, Scheide, den äußeren Geschlechtsorganen? Wenn ja, welche/wann?

.....
.....

Fragen zu Erkrankungen/Operationen der Brust

Hatten Sie eine Erkrankung/Operation der Brust? Wenn ja, welche/wann?

.....
.....

Allgemeine Gesundheitsvorgeschichte

Welche **Kinderkrankheiten** hatten Sie (z.B. Windpocken, Röteln, Masern)?

.....
.....

Welche **Impfungen** sind bei Ihnen durchgeführt worden? (bitte unterstreichen)

Tetanus – Diphtherie – Polio – Masern – Mumps – Röteln – Windpocken Keuchhusten – Hepatitis B – HPV (Gebärmutterhalskrebs) – Covid – oder weitere:

.....
.....

Hatten Sie jemals eine **Thrombose/Embolie** oder ist eine Blutgerinnungsstörung bekannt? Wenn ja, wann?

.....
.....

Sind **andere** eigene **Erkrankungen** bekannt? (z.B. Migräne)

Wenn ja, welche/seit wann?

.....
.....

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, welche Operation und wann?

.....
.....

Fragen zu Ihrer Lebensführung

Was haben Sie an regelmäßiger **Bewegung**?

.....
.....

Größe: **Gewicht:**

Wie schätzen Sie Ihren persönlichen **Alkoholkonsum** ein?

selten regelmäßig problematisch

Sind Sie **Raucherin**? Nein / Ja, ich rauche etwa Zigaretten pro Tag.

Frage zur medizinischen Familiengeschichte

Welche Erkrankungen sind Ihnen bei wem bekannt, z.B. Zucker, Schlaganfall, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Krebserkrankungen, Thrombose, Embolie etc.?

.....
.....

Fragen zur sozialen Situation

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wie ist Ihr Familienstand?



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Gynäkologische Gemeinschaftspraxis
Dr. C. Ziervogel • Dr. L. Kaal • Dr. L. Pahl
Schwachhauser Heerstr. 361, 28211 Bremen
Tel: 0421/232020 www.gyn-bremen.de

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name: Dr. Corona Ziervogel
Anschrift: wie Praxis (s.o.)
Kontaktdaten: wie Praxis (s.o.)

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name: Die Landesdatenschutzbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Anschrift: Arndtstraße 1, 27570 Bremerhaven

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Name:

Geburtsdatum:

Ort / Datum:

Unterschrift: