

# ANAMNESE

Sehr geehrte Patientin,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit sind. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdag:

Größe [cm]:

Gewicht [kg]:

Beruf:

Familienstand:

Ledig

Verheiratet

Geschieden

Verwitwet

Versicherungsstatus:

gesetzlich

privat

Krankenkasse:

Hausarzt:

Erlauben Sie die Übermittlung von Befunden an den oben genannten Hausarzt? ja nein

Erlauben Sie die Übermittlung von Befunden an überweisende Ärzte im jeweiligen Quartal? ja nein

Erlauben Sie die Übermittlung von Befunden an vor- und weiterbehandelnde Ärzte? ja nein

Erlauben Sie die Übermittlung Ihrer Daten an kooperierende Labore zur Diagnostik? ja nein

Ich bin damit einverstanden, bei bestimmten Anlässen, wie vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls usw. schriftlich, telefonisch oder per E-Mail benachrichtigt zu werden. ja nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Die Praxis Daniela Pielmeier wird gegenüber folgenden Personen, z. B. Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern (bitte Name und Adresse angeben) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Rezepten und Ü-Scheinen notwendig)

Name / Adresse

Widerruf:

Die oben gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer, bzw. einen ausliegenden Handzettel informiert.

Behandlungsvertrag potentieller IGeL-Leistungen:

Von mir erwünschte IGeL-Leistungen erfolgen nach eingehender Aufklärung, auch darüber, dass diese Rechnungen nicht bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung eingereicht werden können, da es sich nicht um eine Leistung entsprechend SGB V 812 handelt. Die Kosten für in den Rechnungen aufgeführten Leistungen trage ich selbst. Die Liquidationen gelten zugleich als Behandlungsvertrag. Die Leistungen sind gemäß 84 Nr.14 des Umsatzsteuergesetzes als Heilbehandlung von der Umsatzsteuer befreit.

Einverständniserklärung zur Übergabe von Patientenakten:

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Frauenarztpraxis Daniela Pielmeier meine Behandlungsunterlagen und Behandlungsdaten von der bisher behandelnden Frauenarztpraxis übernimmt und diese zum Zwecke meiner weiteren Behandlung nutzt, wobei die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz weiterhin gewährleistet bleiben.

Gebühren für Versäumte Termine:

Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass im Falle von wiederholten (2) und unentschuldigten Terminen, eine Gebühr von mindestens 25 Euro erhoben wird. Diese Gebühr kann je nach vereinbarter Terminlänge variieren. Nicht eingehaltene Termine, bzw. unentschuldigtes Fernbleiben, verursachen eine erhebliche Störung im Praxisablauf. Ebenso blockieren Sie somit unnötig Termine, die an andere Patienten vergeben werden können. Aus diesem Grunde behalten wir uns vor, bei mehr als einem unentschuldigten Termin - ohne vorherige telefonische Absage bis spätestens 1 Tag vorher - die oben genannte Gebühr von Ihnen einzufordern.

Ich bin damit

einverstanden

nicht einverstanden

Alter: Rauchen Sie? ja nein Zigaretten am Tag  
 Trinken Sie Alkohol? nein gelegentlich häufig  
 Nehmen Sie Drogen? ja nein

In welchem Alter waren Sie bei Ihrer ersten Periodenblutung? Wann war der erste Tag Ihrer letzten Periode?

Wie lange dauert im Schnitt Ihr Zyklus?

24 Tage 26 Tage 28 Tage 30 Tage 32 Tage unregelmäßig kürzer/länger  
 kein Zyklus

Sind Sie in den Wechseljahren? ja nein

Wie verhüten Sie? Keine Pille \* Kondom  
 Vaginalring Hormonspirale \* Hormon-IUD 3 Jahre  
 Sterilisation Kupferspirale Hormon-IUD 5 Jahre  
 Sterilisation des Partners KU-IUD Hormon-IUD 8 Jahre  
 andere

\*...Name des verwendeten Produkts und bei Spirale, Einlegedatum

Gab es bei früheren Verhütungsmethoden Komplikationen? ja nein

Sind Sie momentan schwanger? ja nein

Geburten:

Datum	normale Geburt:				SSW	Geschlecht:			Besonderheit
	ja	nein	Saugglocke	Kaiserschnitt		Männlich	Weiblich	Gewicht	

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Gab es während einer Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?

Wann und welche?

Anzahl: Fehlgeburten Frühgeburten Schwangerschaftsabbrüche Totgeburten

Wurde eine Ausschabung durchgeführt? ja nein

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?

Waren Sie schon einmal bei Mammographie? ja nein Wann war Ihre letzte Mammographie?

Hatten Sie gynäkologischen Operationen? ja nein Wenn ja, welche

Andere Operationen? ja nein Wenn ja, welche

Haben Sie die HPV (Gebärmutterhalskrebs) Impfung erhalten? ja nein

Haben Sie in den vorherigen Schwangerschaften folgende Medikamente genommen?

Gelbkörperhormon (Utrogest, Progestan, Famenita)	ASS (Acetylsalicylsäure)
Methyldopa (Presinol) oder andere Bluthochdruckmedikamente?	Thrombosespritzen
sonstige Medikamente	Keine

Gab es bei vorherigen Geburten folgende Probleme?

Starke Blutungen	Schulterdystokie (Steckenbleiben der kindlichen Schulter)
Probleme mit dem Mutterkuchen (Plazenta)	sonstige Probleme
Keine	

Leiden Sie unter einer der Angegeben Erkrankungen?

Bluthochdruck	Thrombose	HIV	Osteoporose
Schilddrüsenerkrankung	KHK	Migräne	Venenentzündung
Diabetes mellits	Herzrhythmusstörung	Lebererkrankung	Schlaganfall
Herzinfarkt	Rheuma	Nierenerkrankung	Arthrose
Hepatitis	Krampfanfälle	Blutungsneigung	Embolie
Harninkontinenz	Keine		

Nehmen Sie Medikamente ein? ja Welche Medikamente?  
nein

Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? ja nein

Traten bei Ihnen selbst oder in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Tante) folgende Krebserkrankungen auf?

Keine	Eierstockkrebs	Mamma Ca
andere Krebserkrankungen	beim wem und was	

Traten bei Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, Tante) folgende Krankheiten auf?

Behinderung	Missbildung
Chromosomenanomalien geistig	Chromosomenanomalien körperlich
Keine	

Hatte jemand aus der Familie, oder Sie, jemals eine Thrombose, Embolie, Venenentzündung?

ja nein

## Krebsfrüherkennung Zervix-Karzinom:

Entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien haben ab 2020 alle Patientinnen ab dem 21. Lebensjahr einen Anspruch auf eine 1-mal jährliche Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt Ihres Vertrauens.

Dies beinhaltet neben der klinischen Untersuchung auch einen Zellabstrich vom Gebärmutterhals mit anschließender zytologischer Beurteilung.

Die Krankenkassen erstatten diese Untersuchung im Rahmen der 'Vorsorge' bei unauffälligen Vorbefunden einmal im Kalenderjahr. Deshalb benötigen wir Ihre verbindliche Aussage, dass sie dieses Jahr noch keine weitere Krebsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben.

Bei auffälligen Befunden oder bei klinischer Notwendigkeit ist nach Absprache mit Ihrem Frauenarzt ein Kontrollabstrich jederzeit möglich.

Entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien haben ab 2020 alle Patientinnen mit Beginn des 36. Lebensjahres alle 3 Jahre einen Anspruch auf eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Dies beinhaltet neben der klinischen Untersuchung auch einen Zellanstrich vom Gebärmutterhals mit anschließender zytologischer Beurteilung und einen Test auf Humana-Papilloma-Viren (HPV-Test) als Ko-Test. Die Krankenkassen erstatten diese Untersuchung im Rahmen der 'Krebsvorsorge' bei unauffälligen Vorbefunden ab Januar 2020 in Abständen von mindestens 36 Monaten. Im Rahmen Ihres jährlichen Frauenarztbesuches kennen bei unauffälligen Vorbefunden auf Wunsch und nach Absprache mit Ihrem Frauenarzt Abstrichuntersuchungen oder HPV-Tests jederzeit auch außerhalb des 3-Jahresintervalls als IGeL-Leistungen durchgeführt werden. Bei auffälligen Befunden oder bei klinischer Notwendigkeit werden engmaschige Kontrollen weiterhin von der Krankenkasse erstattet.

Ich bestätige, dass ich im Falle einer mehrfach in Anspruch genommenen Krebsvorsorgeuntersuchung in diesem Kalenderjahr mit einer Privatrechnung (nach GOÄ) der Praxis des Labors einverstanden bin.

Ort / Datum

Unterschrift Patientin/Patient