ANAMNESE

Für Ihr Krankenblatt benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich, wie alle persönlichen Daten, der ärztlichen Schweigepflicht.
Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus.

Größe:
Gewicht:
Nikotin ? _____ Alkohol / Drogen ? _____

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
(Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. unterstreichen)

Heuschnupfen, Asthma, Atemnot: ☐
Herz- Kreislauf- Erkrankung, hoher/ niedriger Blutdruck: ☐
Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung: ☐
Zuckerkrankheit / Diabetes ☐
Fettstoffwechselerkrankung: ☐
Rheuma, Osteoporose, Gicht, Arthrose: ☐ Welche? _____
Tuberkulose, Niereninsuffizienz, Parkinson: ☐ Welche? _____
Blutgerinnungsstörung, Thrombosen: ☐
Haben Sie eine Allergie? ☐ Welche? _____
Wurde bei Ihnen ein HIV- Test gemacht? ☐
Tumorerkrankung/ Strahlentherapie: ☐
Bestehen andere Erkrankungen? ☐ _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ Welche? _____

_____

Schwangerschaften (ges.): **Entbindungen:**
Fehlgeburt(en): **Totgeburt:** **Abbruch / IR:**

Operationen : Wann? Welche?

_____

Ärztliche Behandlung:

Waren Sie vorher bei einem anderen Gynäkologen in Behandlung?

_____

Wann war die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung und mit welchem Befund?

_____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? _____
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____
Haben Sie eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs (HPV) erhalten? _____

Hausarzt/ Facharzt:

Name (ggf. Adresse und Telefonnummer): _____

Teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.
Medikamente können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

Ich erkläre hiermit, dass ich im aktuellen Kalenderjahr an keiner gyn. Krebsvorsorgeuntersuchung in einer anderen Praxis teilgenommen habe.
Sollte diese Angabe nicht korrekt sein, müssen wir Ihnen die Behandlung in Rechnung stellen.

Datum: _____ Unterschrift:_____

Petra Rodehau
Dr. med. Ines Lusansky
Dipl. Med. V. Fürstenhöfer (angestellt)
Dr. med. M. Flöter (angestellt)

Schweriner Str. 1b
03046 Cottbus
Tel.0355/ 79 34 36 Fax: 0355/ 3 39 40
frauenarztpraxis-lusansky-rodehau@web.de

Herzlich willkommen in unserer Praxis !

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre gynäkologischen Probleme unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Stammpatientinnen bitte wir, Ihre Angaben zu aktualisieren).
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam

Patientin _____
Name Vorname geb.

Anschrift (Hauptwohnsitz) _____
Straße Nr. Tel. privat / mobil

_____
Postleitzahl Ort E- Mail

Anschrift (Nebenwohnsitz) _____
Straße Nr. Tel. privat / mobil

_____
Postleitzahl Ort

gesetzliche Krankenkasse _____

Beruf _____
Beruf / Tätigkeit Arbeitgeber Telefon dienstlich

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine Daten, nach EU-DSGVO Art. 7, an Dritte (Labor, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse, Ärzte, Physiotherapeuten, Bilderdokumentation zur Qualitätssicherung) weitergeben werden dürfen. Die DSGVO kann ich in der Praxis jederzeit einsehen. Mir ist bekannt, dass meine Daten nach 10 Jahren Aufbewahrungsfrist vernichtet werden.

Widerruf: Ich kann die gesamte oder Teile meiner Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
Ich habe das Recht, Ergebnisse der Untersuchung oder der Teile davon nicht zur Kenntnis zu nehmen und vernichten zu lassen

_____
Datum, Unterschrift

BITTE WENDEN!