frauenpraxis

Dr. med. Katrin Fronhoff
Dr. med. Alexandra Reinsdorf

Anamnesebogen

Name:	**Geb.-Datum:**	**Beruf:**
Vorname:		
Telefon (Festnetz):	**Handy-Nr.:**	**E-Mail:**

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus Typ I ☐ Typ II	☐	Bluthochdruck	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Herzerkrankungen	☐
Angststörung	☐	Krebserkrankung (welcher Art)	☐
Depressionen	☐	Krampfadern	☐
Migräne	☐	Gerinnungsstörung/Thrombose	☐
Sonstige Erkrankungen:			

Ernsthafte Erkrankungen in der Familie: (z.B. Krebsleiden/Bluthochdruck/Zuckerkrankheit, Thrombose oder Embolien) Nein ☐ Ja ☐ wenn ja welche:	**Leiden Sie an Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten?** Nein ☐ Ja ☐ wenn ja welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Nahrungsergänzungen ein? Nein ☐ Ja ☐ wenn ja welche:	**Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche**
	Datum

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?		**Geburten/Frühgeburten (Kaiserschnitt/Spontan/ Zange/Saugglocke)**			
Jahr	Operation	Datum	Geburtsart	Gewicht	Geschlecht

Aktuelle Beschwerden:		
Letzte Krebsvorsorge: Wann:	**Wo:**	
Gewicht:		
Größe:		
Wie verhüten Sie?:		
HPV-Impfung (Gebärmutterhalskrebs): Ja ☐ Nein ☐	**Welche:**	**Wie viele:**
Darmspiegelung:	Ja ☐ Nein ☐	**im Jahre:**
Letzte Mammographie:		**im Jahre:**
Letzte Periode:		
Rauchen Sie?	Ja ☐ Nein ☐	
Vermuten Sie eine Schwangerschaft?	Ja ☐ Nein ☐	
Möchten Sie an Ihren nächsten Termin erinnert werden (Recall-System)	Ja ☐ Nein ☐	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:		

UNTERSCHRIFT: _____

frauenpraxis

Dr. med. Katrin Fronhoff
Dr. med. Alexandra Reinsdorf

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name	Vorname	Geb.-Datum
E-Mail Adresse	**Telefon**	**Mobil**

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Frauenpraxis Hannover, diese mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, **soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.**

Pathologie Hannover Zentrum **Berliner Allee 48** **30175 Hannover**	**Dr. med. Khalifa** **Hildesheimerstraße 102-104** **30173 Hannover**	**Amedes Hannover** **Georgstraße 50** **30159 Hannover**
(Hier bitte weitere Ärzte eintragen)	(Hier bitte weitere Ärzte eintragen)	(Hier bitte weitere Ärzte eintragen)

2. Berechtigung Dritter (z.B. Ehepartner, Kinder, etc.)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten **nicht** einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung" hinter der jeweiligen Person eingetragen.

(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Praxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(bzw. gesetzlicher Vertreter)