

## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Bitte beantworten Sie die beigefügten Fragen möglichst genau, da diese für eine Beurteilung und Behandlung wesentlich sind.

### KONTAKTDATEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Funktelefon: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (wichtig für die Terminbuchung)

E-Mail: \_\_\_\_\_ (wichtig für die Terminbuchung)

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Vereinbarte Termine sind ausschließlich für Sie reserviert!**

**Wir können Ihren Termin bei „Nichterscheinen“ (Termin nicht wahrgenommen, nicht abgesagt oder nicht entschuldigt) nicht neu vergeben!**

**Diesen ausgefallenen Termin werden wir Ihnen mit 25,00€ in Rechnung stellen.**

Ja, ich stimme zu!

Nein, ich stimme nicht zu! Somit erhalte ich bei „Nichterscheinen“ keine neuen Termine in der Praxis.

Die hier von mir angegebenen Daten sind aktuell und richtig.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Wann und bei welchem Frauenarzt waren Sie zuletzt?**

Jahr: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

**Persönliches:**

Größe: \_\_\_\_\_ m      Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg

**Haben Sie Kinder geboren? Wenn ja gab es Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?**

Geburtsjahr(e): \_\_\_\_\_ Spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke/Zange   
\_\_\_\_\_ Spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke/Zange   
\_\_\_\_\_ Spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke/Zange   
\_\_\_\_\_ Spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke/Zange

**Hatten Sie jemals einen Schwangerschaftsabbruch?**

Ja  wann: \_\_\_\_\_ Nein

**Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt oder eine Eileiterschwangerschaft?**

Ja  wann: \_\_\_\_\_ Nein

**Letzte Regel war wann?**

\_\_\_\_\_

**Wurde eine der nachfolgenden Erkrankungen bei Ihnen festgestellt?**

Migräne mit oder ohne Aura	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	mit oder ohne Aura?
Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
chron. Herz- oder Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Krampfadern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Thrombose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Depressionen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
andere chronische Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	(z.B. Morbus Chron, COPD usw.)

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Behinderungen geistiger oder körperlicher Art: \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen Ja  Nein

Wenn ja, wann und welche Krebserkrankung:

---

---

**Haben Sie eine Pflegestufe?** Ja  Stufe: \_\_\_\_\_ Nein

**Gibt es oder gab es in der Familie folgende Erkrankungen?**

Zuckerkrankheit Ja  Nein

wenn ja, wer: \_\_\_\_\_

Hoher Blutdruck Ja  Nein

wenn ja, wer: \_\_\_\_\_

Schlaganfall Ja  Nein

wenn ja, wer: \_\_\_\_\_

Herzinfarkt Ja  Nein

wenn ja, wer: \_\_\_\_\_

Thrombose Ja  Nein

wenn ja, wer: \_\_\_\_\_

Depressionen: Ja  Nein

wenn ja, wer: \_\_\_\_\_

andere Chronische Erkrankungen Ja  Nein  (z.B. Morbus Chron, COPD usw.)

wenn ja **was** und wer: \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen Ja  Nein

wenn ja **was** und wer und in welchem Alter: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen am Unterleib oder andere Operationen?**

Ja  wann und welche Operationen: \_\_\_\_\_ Nein

---

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Ja  welche:                      Nein

---

---

**Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen z.B. Medikamente bekannt?**

Ja  welche: \_\_\_\_\_ Nein

**Rauchen Sie oder trinken Sie regelmäßig Alkohol?**

Nikotin:                      Ja  wie viel Zig. am Tag \_\_\_\_\_                      Nein

Alkohol:    täglich  wöchentlich  gelegentlich  selten  nie

Drogenkonsum: Ja  was \_\_\_\_\_                      Nein

**Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?**

Ja  wann: \_\_\_\_\_                      Nein

**Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie oder ein Brustultraschall durchgeführt?**

Ja  wann: \_\_\_\_\_                      Nein

**Was machen Sie beruflich?**

---

**Sind Sie berufsunfähig?**

Ja     Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihr Praxisteam

# Frauenarztpraxis - Dr. med. Nicole Ohldrich

Johann-Gottfried-Boltze-Str.1 06198 Salzatal

## Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

Für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten  
gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A, Art. 7 DSGVO

### Patient/in

.....  
Name, Vorname

.....  
Wohnort

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Weitergabe und Anforderung meiner personenbezogenen Daten und Befunde für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber KV Sachsen-Anhalt, dem Labor oder externen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern durch die oben genannte Frauenarztpraxis zu. Ich bin einverstanden, von der Praxis per Telefon, SMS, WhatsApp oder E-Mail (auch zur Übermittlung von Ultraschallbildern und Terminerinnerung) kontaktiert zu werden, wenn es für die Behandlung erforderlich ist.

Als Unterzeichner, gesetzlicher Vertreter oder Betreuer des Patienten bezieht sich diese Zustimmung auch auf meine eigenen personenbezogenen Daten, sofern diese zu den o.g. Zwecken erhoben, gespeichert, verarbeitet und weitergegeben werden müssen.

JA             NEIN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung und Weitergabe nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....  
Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuer

# Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

---

Adresse des Vollmachtgebers (PLZ, Ort)

---

(Straße, Hausnummer)

**bevollmächtige hiermit**

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

---

Adresse des Bevollmächtigten (PLZ, Ort)

---

(Straße, Hausnummer)

**zur Abholung folgender Dokumente oder den Erhalt von Auskünften**

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meinen behandelnden Arzt zu erhalten.  
Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Der behandelnde Arzt sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss!