ANAMNESEBOGEN

Dr. Liedtke
GYNÄKOLOGIE & GEBURTSHILFE

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über Ihre Anamnese zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Name, Vorname: Geb. am:

Adresse

Körpergröße: cm Körpergewicht: Kg.

Erreichbarkeit: ☐ Tel. Privat: ☐ Handy:

☐ E-Mail:

Hausarzt (Name, Ort):

Regelblutung Anamnese:

- Erste Regel (Periode) mit: Jahren
- Keine Regel (Periode) mehr seit: Jahren
- Ist (oder war) die Periode regelmäßig? ☐ Ja, alle: Tage

  ☐ nein, und zwar:
- Letzte Regelblutung aktuell (Datum des ersten Tags der letzten Menstruation):
- Blutungsstärke: ☐ schwach ☐ normal ☐ stark
- Zwischenblutung: ☐ nein ☐ selten ☐ häufig

Kontrazeptions- Verhütungsmethoden, die bisher angewendet wurden:

Methode	Von	Bis

Haben Sie aktuell Probleme im Sexualleben?

☐ Nein
☐ Ja, welche:

Impfanamnese: sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft?

☐ Röteln gehabt / geimpft ☐ Hepatitis A / B ☐ Masern, Mumps, Röteln (MMR)
☐ HPV ☐ Corona ☐ Sonstige: Grippe, Influenza
☐ Ich weiß nicht mehr

ANAMNESEBOGEN

Geburten:

Datum	Geburtsart (Spontan, Kaiserschnitt, Saugglocke, Zange	Geburtsgewicht	Komplikationen?

Fehlgeburten / Schwangerschaftsabbrüche / Eileiterschwangerschaften:

Datum	Bitte nähere Informationen	Gab es Komplikationen, Besonderheiten

Besteht aktuell bei Ihnen einen Kinderwunsch?

- ☐ Ja, seit:
- ☐ Nein

Besteht derzeit eine Schwangerschaft, oder vermuten Sie schwanger zu sein?

- ☐ Ja, wenn ja: wann war der erste Tag der letzten Periode?
- ☐ Nein

Gynäkologische Vorsorge:

☐ Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung?

☐ Wann war die letzte Krebsvorsorge?

☐ Wann war die letzte Mammographie / Sonographie?

☐ Haben Sie derzeit Beschwerden? Wenn ja, welche?

Ernsthafte Erkrankungen in der Familie:

Verwandtschaftsgrad	Erkrankung (Krebsleiden, Bluthochdruck, Zuckererkrankung, Blutgerinnungsstörung, Erbkrankheiten…)

ANAMNESEBOGEN

Eigene Erkrankungen: z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herz-, Leber-, Nierenerkrankungen:

Eigene frühere Operationen (wenn ja, bitte mit Datum angeben):

- ☐ Allgemeine Operationen

- ☐ Gynäkologische Operationen

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Dosis	Seit

Allergische Reaktionen auf bestimmte Stoffe (z.B. Penicillin, Jod…)

- ☐ Nein
- ☐ Ja, wenn ja, welche?

Aktueller Konsum von Nikotin, Alkohol, Drogen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, wenn ja wieviel / wie oft?

Sonstige wichtige Mitteilungen Ihrerseits:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Dr. Liedtke
GYNÄKOLOGIE & GEBURTSHILFE

Information zur Terminausfallgebühr

Liebe Patientin,

Um einen reibungslosen Praxisablauf zu gewährleisten und Wartezeiten für alle Patientinnen so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen.

Sollten Sie Ihren Termin nicht rechtzeitig absagen oder unentschuldigt fehlen, müssen wir Ihnen leider eine Ausfallgebühr in Höhe von 50 Euro in Rechnung stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Ihr Praxisteam der Gynäkologischen Praxis im RVZ Nordholz

Kontakt

Gynäkologische Praxis im RVZ Nordholz
Feuerweg 6C, 27639 Wurster Nordseeküste
Telefon: 04741 6027203
E-Mail: gynäkologie.rvz-nordholz.de

Bestätigung der Patientin:

Ich habe die oben genannten Informationen gelesen und akzeptiere diese.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Informations- und Einwilligungsbogen – Rückruf / Videosprechstunde über TeleClinic

Unsere Praxis nutzt für Rückrufe, telefonische Beratungen oder Videosprechstunden den Telemedizinanbieter **TeleClinic GmbH**. Hierfür kann es notwendig sein, Ihre Kontaktdaten an TeleClinic zu übermitteln, damit wir Sie über diese Plattform kontaktieren können.

Welche Daten werden übermittelt?

• Vor- und Nachname
• E-Mail-Adresse
• Telefonnummer
• ggf. Terminzeit oder Anlass des Rückrufs

Die Daten werden ausschließlich verwendet, um eine Kontaktaufnahme durch den behandelnden Arzt oder die Praxis über TeleClinic zu ermöglichen.

Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme kann erfolgen über:
• E-Mail von TeleClinic
• Telefonanruf
• Einladung zu einer Videosprechstunde

Die Nutzung ist freiwillig. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ein Widerruf hat keine Nachteile für Ihre medizinische Behandlung.

Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). TeleClinic verarbeitet die Daten ausschließlich zur Durchführung der telemedizinischen Kontaktaufnahme.

TeleClinic GmbH, Brienner Straße 45a-d, 80333 München

Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationen gelesen und bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an TeleClinic übermittelt werden dürfen, damit meine Arztpraxis mich über diese Plattform kontaktieren kann. Ich bin damit einverstanden, per E-Mail oder telefonisch kontaktiert zu werden, um eine ärztliche Rückmeldung oder Videosprechstunde zu ermöglichen.

Name Patient/in:	
Datum:	
Unterschrift:	