

Patientenaufnahmebogen

Frauenärztliche Praxisgemeinschaft im Medicum

Dr. med. A. Adam-Haake

Dr. med. B. Ohlendorf Dr. med. H. Starke

Dr. med. E. Holthaus-Hesse Dr. med. A. Stade

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Damit wir Ihre Patientenakte anlegen und Sie ggf. schnellstmöglich über auffällige Befunde informieren können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen.

Name, Vorname:		
Adresse:		
Telefon/Festnetz:	Mobil:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Beruf:	Familienstand:
Krankenkasse:	Hausärztin/-arzt:	

1. Haben Sie aktuell körperliche/seelische Beschwerden?

Nein	Ja (Welche?)
------	--------------

2. Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs...)? Leiden Sie an Allergien?

Nein	Ja (Welche?)
------	--------------

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein	Ja (Welche?)
------	--------------

4. Gibt es in Ihrer Familie gehäuft auftretende Erkrankungen?

Nein	Ja (Welche? Und wer ist betroffen?)
------	-------------------------------------

5. Sind Sie schon einmal operiert worden?

Nein	Ja (Welche Operation/Jahresangabe)
------	------------------------------------

6. Hatten Sie Schwangerschaften/Geburten; Haben Sie gestillt?

Nein	Ja (Fehlgeburt, Abbruch, Eileiterschwangerschaft, normale Geburt, Kaiserschnitt/Jahr)
------	---

7. Konsumieren Sie Nikotin/Alkohol/Sonstige Drogen?

Nein	Ja (Welche und wieviel)
------	-------------------------

8. Treiben Sie regelmäßig Sport?

Nein	Ja (Welche Sportart/Wie oft?)
------	-------------------------------

9. Regelblutung/Wechseljahre

Datum Ihrer letzten Regelblutung:
Alter bei Ihrer ersten Regelblutung:
Beginn der Wechseljahre:

10. Wie verhüten Sie aktuell?

11. Aktuelle Größe/Gewicht

--	--

12. Vorsorgeuntersuchungen (Wann war Ihre letzte...)?

Krebsvorsorgeuntersuchung:
Darmspiegelung:
Mammographie:

13. Wurde bei Ihnen die HPV Impfung durchgeführt?

Nein	Ja (Wann?)
------	------------

Sind Sie mit Ihren sonstigen Impfungen auf aktuellem Stand? -Bitte bringen Sie gerne Ihren Impfausweis mit und lassen sich von uns dazu beraten.

Vielen Dank!

Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht

Sehr geehrte Patientin,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich, _____

geboren am ____ . ____ . _____ ein,

- dass die Ärztinnen der Frauenärztlichen Praxisgemeinschaft im Medicum die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei mitbehandelnden Ärzten/innen und anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die Frauenärztliche Praxisgemeinschaft darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
- dass die Ärztinnen der Frauenärztlichen Praxisgemeinschaft im Medicum Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte/innen oder andere Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, weiterleitet.
- dass alle in der Praxisgemeinschaft tätigen Ärztinnen auf meine Daten zugreifen dürfen, um eine reibungslose ärztliche Versorgung (z.B. im Vertretungsfall) sicherzustellen.
- NUR FÜR DIE PRIVATABRECHNUNG**
dass die Ärztinnen der Frauenärztlichen Praxisgemeinschaft im Medicum meine abrechnungsrelevanten Daten zur Erstellung von Privatrechnungen an die Privatverrechnungsstelle der Ärzte und Zahnärzte Bremen e.V., Außer der Schleifmühle 69, 28203 Bremen, übermitteln darf. Hinweise zur Datenverarbeitung durch die PVS erhalten Sie unter www.pvs-bremen.de/downloads/

Bremen, _____

Datum

Unterschrift Patientin / gesetzliche/r Vertreter/in