

# ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



Sehr geehrte Patientin,

wir heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie in Ruhe diese ersten Fragen, die für eine richtige Beurteilung Ihrer Beschwerden und die Behandlung wesentlich sind. Die möglichst genaue Beantwortung liegt daher in Ihrem Interesse. Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Kontaktdaten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
e-mail	Telefon privat
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Telefon mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt	Krankenkasse

## Besuchsgrund:

.....  
.....  
.....

Gewicht in kg: ..... Körpergröße in cm: ..... Rauchen Sie?  Nein  Ja Zigaretten/Tag: .....

Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?  Nein  Ja

Welche? .....

Wann war Ihre letzte reguläre Regelblutung?  regelmäßig  unregelmäßig

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung? .....

Wie lang ist Ihr Zyklus?  kürzer  24 Tage  26 T  28 T  30 T  32 T  länger

Wie lange dauert die Blutung? ..... Tage

## Schwangerschaften und Geburten

Jahr	♀	vaginale Geburt	Zange	Saugglocke	Kaiserschnitt	Fehlgeburt	EUG*	Abbruch
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>						
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>						
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>						
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>						

\* EUG = Eileiterschwangerschaft

Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?  Nein  Ja

Wann und welche? .....

Hatten Sie jemals eine gynäkologische Operation?  Nein  Ja

Wann? ..... Welche? .....

Hatten Sie andere Operationen?  Nein  Ja

Wann? Welche?

---

Wer war Ihr letzter Frauenarzt?

Wann war Ihre letzte Untersuchung/Krebsvorsorge beim Frauenarzt?

Wann wurde bei Ihnen der letzte Unterbauchultraschall durchgeführt?

Wann wurde die letzte

Mammographie und der letzte Brustultraschall durchgeführt?

Wurde die HPV-Impfung (gegen Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt?  Nein  Ja Wann?  Vollständig

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?  Nein  Ja Wann?

Mit welcher Methode verhüten Sie und seit wann?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja

Welche?

---

Nehmen Sie Hormone ein?  Nein  Ja

Welche und seit wann?

---

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung        | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung    |
| <input type="checkbox"/> Thrombose                | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD     | <input type="checkbox"/> Hormonstörung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Migräne       | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz   |
| <input type="checkbox"/> Arthrose                 | <input type="checkbox"/> Osteoporose     | <input type="checkbox"/> Hepatitis     | <input type="checkbox"/> HIV               | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden | <input type="checkbox"/> Epilepsie       | <input type="checkbox"/> Krampfadern   | <input type="checkbox"/> Sonstige:         |  |
- 

Wenn ja, bei welchem Familienmitglied?

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen, Thrombose, Lungenembolie oder sonstige Krankheiten aufgetreten?  Nein  Ja

Welche und bei welchem Familienmitglied?

Gibt es in Ihrer Familie Formen von Behinderungen, Missbildungen, Chromosomenanomalien sowohl geistiger als auch körperlicher Art?

---

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?  Hausarzt  Dr.  Von Bekannten

Internet  Zufällig  sonstiges

---

Dürfen wir Sie in unser Recall-System aufnehmen?  Nein  Ja

Kontakt gewünscht über  Doctolib  e-mail  Post

Falls nötig, bin ich damit einverstanden, dass Arztberichte an meine behandelnden Ärzte geschickt werden.  Ja  Nein

Die Informationen zum Datenschutz (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ingolstadt,

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patientin

.....  
ggf Unterschrift gesetzlicher Vertreter

# Behandlungsvertrag



## Zwischen Frau

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Telefon privat
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Telefon mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Telefon geschäftlich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kostenträger	Tarif

## Versicherungsnehmer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	PLZ/Ort

und

**HANISCH & MIELICH · Praxis für Frauengesundheit**  
**Inh. Dr. med. Evelyn Hanisch und Dr. med. Eva Mielich**  
Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Donaustrasse 8 · 85049 Ingolstadt

## wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

Die Ärztinnen der HANISCH & MIELICH · Praxis für Frauengesundheit übernehmen ab sofort die privatärztliche Behandlung der o.g. Patientin. Sie erbringen die privatärztliche Behandlung persönlich oder durch einen von ihnen beauftragten Vertreter.

Die Honorarrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Die Vertragspartnerin (Patientin) verpflichtet sich hiermit, die für die Behandlung anfallenden Kosten und das berechnete Honorar vollständig in Höhe der Behandlungskosten selbst zu tragen. Der Vertragspartnerin ist bekannt, dass sie zur Bezahlung der Behandlungskosten persönlich verpflichtet ist unabhängig von ihren Erstattungsansprüchen an eine Krankenversicherung, Beihilfe oder sonstigen Kostenträger. Es besteht nur ein Vertragsverhältnis zwischen dem Arzt und der Vertragspartnerin (Patientin), nicht gegenüber Dritten (Erstattungsstellen).

Das Einverständnis erstreckt sich auch auf weitere Ärzte und Institutionen (Ärzte anderer Disziplinen, Untersuchungsstellen und Laboratorien), soweit diese an der Behandlung mitwirken müssen und liquidationsberechtigt sind. Auch hier verpflichtet sich die Vertragspartnerin, die dadurch verursachten Kosten und Honorare unmittelbar zu übernehmen.

Die Informationen zum Datenschutz (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ingolstadt,  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten bzw. Unterschriftsberechtigten

## Hinweis für Kassenpatienten, Basis- und Standard-Tarif-Versicherte

Mir ist bekannt, dass ich für meine privatärztliche Behandlung durch die HANISCH & MIELICH · Praxis für Frauengesundheit anstelle der vertragsärztlichen Behandlung zu Lasten einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung die privatärztliche Behandlung als Selbstzahler wähle. Ich verpflichte mich, die hier anfallende ärztliche Honorarrechnung zu bezahlen. Mir ist bekannt, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber meiner Krankenversicherung nicht bzw. nur in dem Umfang besteht, den die Krankenkasse als Sachleistung zu tragen hätte.

Hiermit bestätige ich, nach § 630 BGB aufgeklärt worden zu sein, dass es sich um eine rein privatärztliche Behandlung handelt. Eine Abrechnung vonseiten des Arztes mit einer gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht möglich. Es ist mir ebenfalls bekannt, dass mir u.U. ein Eigenbehalt aus den Behandlungskosten oder ein vollständiger Selbstbehalt verbleibt, wenn ein Versicherungsschutz zur Erstattung der ärztlichen Leistungen nicht ausreichend bzw. nicht vorhanden ist.

Ingolstadt,  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten bzw. Unterschriftsberechtigten

