

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:

Name, Vorname	Geburtsdatum
e-mail	Telefon privat
Straße	Telefon mobil
PLZ/Ort	Telefon geschäftlich
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

Patienteninformation zum Datenschutz



Hiermit informieren wir Sie nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung ihrer persönlichen Daten unserer HANISCH & MIELICH O Praxis für Frauengesundheit.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Praxisname: HANISCH & MIELICH O Praxis für Frauengesundheit
Dr. med. Evelyn Hanisch und Dr. med. Eva Mielich
Adresse: Donaustraße 8 O 85049 Ingolstadt
Kontaktdaten: praxis@hanisch-mielich.de O Telefon 08 41-13 30 77-77 O Fax 08 41-13 30 77-66

2. Zweck der Datenverarbeitung

Wir erheben und verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, um den Behandlungsvertrag mit Ihnen erfüllen zu können und Sie im Rahmen Ihrer Behandlung beraten, behandeln und betreuen zu können. Hierzu müssen wir eine Patientenakte anlegen, in der Ihre personenbezogenen Daten (Daten zu Ihrer Identität, Adress- und Kontaktdaten sowie Gesundheits- und Behandlungsdaten, Behandlungsvertragsdaten [z.B. Bankverbindung] und Sozialdaten [z.B. Familienstand, Anzahl Kinder]) verarbeitet und gespeichert werden. Dies erfolgt aufgrund gesetzlicher Regelungen und ist eine Grundvoraussetzung für die Sicherstellung der Behandlungsqualität und die Erfüllung des Behandlungsvertrags zwischen Ihnen und den Ärzten dieser Praxis und der Erfüllung unserer damit verbundenen Pflichten.

Zu den Gesundheits- und Behandlungsdaten zählen Anamnesen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, Behandlungsvorschläge, -pläne und -protokolle, die Dokumentation aller Behandlungsmaßnahmen und -verläufe, Aufklärungen und Einwilligungen sowie die Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und / oder Personen, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Weiterhin dient die Datenverarbeitung auch der lückenlosen Rückverfolgbarkeit der Patienten- und Gewebeidentität während aller Be- und Verarbeitungsschritte im reproduktionsbiologischen Labor. Hierzu benötigen wir eine Ausweiskopie.

Personenbezogene Daten verarbeiten wir auch zur Abrechnung der erbrachten Leistungen und der Abwicklung des Zahlungsverkehrs inklusive Forderungsbeitreibung, falls dies notwendig sein sollte.

3. Empfänger Ihrer persönlichen Daten

Innerhalb unserer Praxis erhalten diejenigen Personen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen, vorvertraglichen oder gesetzlichen Pflichten brauchen, oder dies dürfen, gestützt auf Ihre Einwilligung oder unser berechtigtes Interesse. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen bzw., falls eine Einwilligung notwendig sein sollte, in dem von Ihnen bewilligten Umfang.

Im Rahmen der Behandlung kommt es häufig vor, dass wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, an die wir auch Daten von Ihnen übermitteln müssen. Dazu gehören beispielsweise auch Labore, mit denen wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte (z.B. Blutwerte) erstellen zu lassen, die wir für die Diagnose und Behandlung benötigen. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ärztekammern. Weitere Empfänger können die privatärztliche Verrechnungsstelle, Banken bei Privatliquidation oder Vertreter rechts- und wirtschaftsberatender Berufe sein.

Darüber hinaus können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben, wie z.B. aus dem Samenspenderegistergesetz (SaRegG). Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen, zur Weiterbehandlung durch Ihren Facharzt sowie zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall übermitteln wir die Daten - mit Ihrer Einwilligung - an weitere berechnigte Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Die über Sie geführte Patientenakte ist von uns aufgrund der gesetzlichen Vorschriften in § 630f Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung bzw. nach dem letzten 7 Behandlungskontakt aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich Aufbewahrungsfristen von 30 Jahren nach Übertragung des Gewebes, zum Beispiel

- für die Dokumentation über die Gewebegewinnung, Laboruntersuchung, Be- und Verarbeitung, Prüfung, Freigabe, Lagerung, die Einfuhr oder Ausfuhr gem. § 41 Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV)
- zur Rückverfolgbarkeit des Gewebes gem. § 1a Nr. 11, §§ 13a, c TPG

Ihre uns zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten werden durch umfangreiche technische und organisatorische Maßnahmen so gesichert, dass sie für den Zugriff unberechtigter Dritter unzugänglich sind. Bei Versendung von sehr sensiblen Daten oder Informationen ist es empfehlenswert, den Postweg zu nutzen oder uns diese direkt in der Praxis persönlich zur Verfügung zu stellen.

5. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung in unserer Praxis

- für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten sind Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz sowie der Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserer Praxis nach den §§ 630 ff BGB, § 10 Abs. 1 MBO-Ä, § 57 Abs. 3 BMV-Ä.
- für die Übermittlung personenbezogener Daten an andere Ärzte sind der Behandlungsvertrag sowie § 73 Absatz 1b SGB V für den Zweck der Mit-/Weiterbehandlung und Dokumentation der Behandlung.
- Rechtsgrundlagen für die Übermittlungen an die Kassenärztliche Vereinigung sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V; §§ 12, 106 SGB V; § 295 Absatz 1a SGB V; §§ 298, 299 SGB V für folgende Zwecke: Abrechnung der ärztlichen Leistungen, Abrechnungsprüfung, Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, gesetzlich vorgesehene Weiterleitung durch die Kassenärztliche Vereinigung an die zuständige Krankenkasse
- für die Übermittlung an Krankenkassen sind insbesondere §§ 294 ff. SGB V, § 291 Absatz 2b SGB V, § 36, Abs. 1 BMV-Ä (im Falle von § 44 Abs. 4 SGB V mit Ihrer Einwilligung zum Zweck der Feststellung der Leistungsberechtigung gemäß den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien).
- für die Übermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist § 276 SGB V für den Zweck der Prüfung, Beratung und Begutachtung.
- für die Übermittlung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist das Samenspenderegistergesetz (SaRegG) § 4 (für die Einrichtung der medizinischen Versorgung). - für die Notwendigkeit einer Ausweiskopie ist Artikel 6 Absatz 1 lit. f. DSGVO.
- Rechtsgrundlage für Ihre Einwilligung ist Artikel 6 Absatz 1 lit. a. DSGVO. - Es können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

6. Ihre Rechte

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO), unrichtige Daten berichtigen zu lassen (Art. 16 DSGVO), unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen (Art. 17 und 18 DSGVO), Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten einzulegen (Art. 21 DSGVO), Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen (Art. 20 DSGVO). Dazu ist eine gesonderte Einwilligung erforderlich.

Sie haben weiterhin das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Bayern Wagnmüllerstraße 18, 80538 München

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden. Ihr Praxisteam vom Kinderwunsch Bodensee

Ihr Praxisteam von HANISCH & MIELICH O Praxis für Frauengesundheit

Ingolstadt,

.....
Datum

.....
Unterschrift Patientin

.....
ggf Unterschrift gesetzlicher Vertreter