



Priv.-Doz. Dr. med. Volkmar Küppers
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zytologisches Labor
Dysplasie Sprechstunde

Anamnesebogen

Persönliche Angaben:

Name:	Vorname:
Titel:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/ Ort:
Mobiltelefon:	Telefon:
Fax:	E-Mail:
Krankenkasse:	Beruf:

Medizinische Angaben:

Körpergröße:	Körpergewicht:
Datum der letzten Periode:	Rauchen Sie? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Anzahl der Entbindungen:	Anzahl der Fehlgeburten:
Besteht aktuell eine Schwangerschaft? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Stillen Sie zurzeit? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Welche Allergien haben Sie? Wurde bei Ihnen HPV-Impfungen (Gebärmutterhalskrebs) durchgeführt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Welche Medikamente nehmen Sie?
Welche Vorerkrankungen haben/ hatten Sie?	Welche operativen gynäkologischen Eingriffe wurden bei Ihnen durchgeführt?

Weitere Angaben:

Der Arztbrief wird automatisch zu Ihrem/r Gynäkologen/in geschickt. Bitte hier Name und Adresse der Praxis eintragen (falls nicht auf der Überweisung oder anderen abgegebenen Unterlagen angegeben!):	Ggf. abweichender Rechnungsempfänger (mit Angabe des Geburtsdatums) oder abweichende Rechnungsadresse für Privatpatienten/ Selbstzahler :
---	--

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammengetragenen medizinischen Daten von den beteiligten Ärzten gemeinsam dokumentiert werden. Diese Dokumentation dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern. Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung und aus wissenschaftlichen Gründen erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Ort und Datum:	Unterschrift:
----------------	---------------



Priv.-Doz. Dr. med. Volkmar Küppers
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zytologisches Labor
Dysplasie Sprechstunde

PATIENTENEINWILLIGUNG **BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS DATENSCHUTZ** **(privacy agreement)**

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, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Herrn Dr. med. Küppers an weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, an Notfallpraxen, an Krankenhäuser, an kooperierende Labore weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Düsseldorf, den _____

Datum

Unterschrift

Dieses Informationsblatt wurde erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft der nordrhein-westfälischen Heilberufskammern (Ärztammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Apothekerkammer Nordrhein, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen, Tierärztekammer Nordrhein, Tierärztekammer Westfalen-Lippe, Zahnärztekammer Nordrhein sowie Zahnärztekammer Westfalen-Lippe) sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und gibt den Stand der Meinungsbildung vom 23.04.2018 wieder. (*) Als Heilberufler gelten die Mitglieder der vorgenannten Kammern.