Dr. Busch MVZ GmbH
gynäkologisch - onkologische Schwerpunktpraxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis.
Damit wir Sie umfassend beraten und behandeln können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Anamnesebogen

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____ Telefonnummer : _____

Größe : _____ m Gewicht : _____ kg

derzeitiger Beruf : _____

Hausarzt : _____ Frauenarzt : _____

Vorerkrankungen:

Diabetes mellitus	☐ seit_____	Bluthochdruck	☐ seit_____
Schilddrüsenerkrankung	☐ seit_____	Angina pectoris	☐ seit_____
Lebererkrankung	☐ seit_____	Sonstige Herzerkrankung	☐ seit_____
Nierenerkrankung	☐ seit_____	Durchblutungsstörungen	☐ seit_____
Depression	☐ seit_____	Krampfadern	☐ seit_____
Gerinnungsstörung	☐ seit_____	Krebserkrankung	☐ seit_____
Sonstige Erkrankungen:	_____		

Krebserkrankungen in der Familie? ☐ nein ☐ nicht bekannt
☐ ja, und zwar _____

Gerinnungsstörungen in der Familie? ☐ nein ☐ nicht bekannt
☐ ja, und zwar _____

Operationen (wann und welche)? _____

_____

Menarche (erste Regelblutung) im Alter von: _____

Menopause (letzte Regelblutung):

☐ **ja**, im Jahr: _____

Hormoneinnahme: ☐ nein
☐ **ja**, über _____ Jahre, welche?_____

☐ **nein,** Zyklus ist ☐ regelmäßig, ca. _____ Tage
☐ unregelmäßig

Pilleneinnahme? ☐ nein ☐ ja, seit? ____ welche? _____

Geburten? ☐ nein ☐ ja, wann?_____

Fehlgeburt / Schwangerschaftsabbruch? ☐ nein ☐ ja, wann?_____

Allergien/
Medikamentenunverträglichkeiten: ☐ nein
☐ ja, welche? _____
_____

HPV – Impfung erfolgt? ☐ nein ☐ ja

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, seit _____ Jahren, ca. _____ Zigaretten am Tag

Alkohol- / Drogenabhängigkeit? ☐ nein ☐ ja, seit _____ welche? _____

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten ☐ ja ☐ nein
Welche? / Menge

_____
_____
_____
_____
_____
_____

(bitte evtl. Medikamentenplan beifügen)

Regelmäßige Einnahme von Blutverdünnern? ☐ nein ☐ ja, welche?
_____

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

_____

Vielen Dank!

Dr. Busch MVZ GmbH
gynäkologisch - onkologische Schwerpunktpraxis

Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur Informationsweitergabe

Ich bin damit einverstanden. dass meine Daten praxisintern, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DSGVO), erhoben, gespeichert. geändert und gelöscht werden.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Hausärzte, Labor und evtl. Tumorzentren übermittelt und auch von dort eingeholt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde:

_____

Name Verwandtschaftsgrad

_____

Name Verwandtschaftsgrad

_____

Ort, Datum Unterschrift

Dr. Busch MVZ GmbH
Gynäkologisch-onkologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Steffi Busch
ärztliche Leiterin

Bei der Marienkirche 6
99974 Mühlhausen

Tel.: +49 03601 758208
Fax: +49 03601 758232
Mail: info@mvz-busch.de
Web: www.mvz-busch.de

Dr. Busch MVZ GmbH
gynäkologisch - onkologische Schwerpunktpraxis

Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur Informationsweitergabe

Aufgrund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen ist es im E-Mail-Verkehr laut Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden.

Für den Fall, dass Sie Ihren Schriftverkehr in Zukunft dennoch per E-Mail führen möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versand solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn von Ihnen eine unterfertigte Erklärung vorliegt.

Einverständniserklärung: Ich bin mit der Korrespondenz, bzw. der Zusendung von Daten im PDF-Format per einfacher E-Mail einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Mailadresse: _____

Telefonnummer(optional): _____

……..
Ort, Datum

……..
Unterschrift

Dr. Busch MVZ GmbH
Gynäkologisch-onkologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Steffi Busch (ärztliche Leiterin)

Bei der Marienkirche 6
99974 Mühlhausen

Tel.: +49 03601 758208
Fax: +49 03601 758232
Mail: info@mvz-busch.de
Web: www.mvz-busch.de

Dr. Busch MVZ GmbH
gynäkologisch - onkologische Schwerpunktpraxis

Zusatzuntersuchungen für die erweiterte Krebsvorsorge (IGeL)

Sehr geehrte Patientin,

Ihre gesetzliche Krankenversicherung erstattet Ihnen folgende Krebsvorsorgeleistungen:

- Ab 20 Jahren:
  jährlich zytologischer Abstrich, Blutdruckuntersuchung und Tastuntersuchung des inneren Genitales
- Ab 30 Jahren:
  zusätzliche Tastuntersuchung der Brust
- Ab 35 Jahren:
  alle drei Jahre HPV – Test und zytologischer Abstrich
- Ab 50 Jahren:
  zusätzlich jährlichen Stuhltest auf okkultes Blut, rektale Untersuchung und Inspektion der Haut
- Ab 55 Jahren:
  Darmspiegelung alle 10 Jahre oder oben genannten Stuhltest alle zwei Jahre

Folgende Zusatzuntersuchungen (Wahlleistungen) können wir Ihnen in unserer Praxis zur Optimierung Ihrer Vorsorge anbieten:

☐	Ultraschalluntersuchung des weiblichen Genitals	38,99 €
☐	Brustultraschall	30,42 €
☐	Genital- und Brustultraschall in Kombination	55,77 €
☐	HPV – Test (neben der Kassenleistung)	50,48 €
☐	Zytologischer Abstrich vom Gebärmutterhals (neben der Kassenleistung)	19,23 €
☐	Test auf Blut im Stuhl (für unter 50 – jährige)	17,88 €

☐ Keine

Bitte kreuzen Sie an, was Sie in Anspruch nehmen möchten.
Unser Praxisteam und vor allem die Ärztinnen beraten Sie gern.

_____	_____	_____
Name, Vorname der Patientin	Datum	Unterschrift