



ZENTRUM FÜR AMBULANTE  
OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

Dr. Heinrich und Kollegen  
Frankfurt am Main

## ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin,  
herzlich Willkommen im Zentrum für ambulante operative Gynäkologie.

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Zentrum entschieden haben und danken für Ihr Vertrauen. Für eine optimale Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### Patientin

Name

Vorname

Straße

PLZ und Ort

Geburtsdatum und Ort

E-Mail

Telefon privat

Telefon mobil

Beruf

Wie können wir Sie tagsüber telefonisch erreichen?

Größe

Gewicht

Haben Sie eine Betreuungsperson die Sie nach der OP abholt und zuhause für 24 Stunden betreut?

ja  nein

Ich bin wie folgt versichert

Gesetzlich  Privat / Versicherung .....

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für eine stationäre Krankenhausbehandlung?

ja  nein

### Überweisung

Überweisende/r Arzt/Ärztin: .....

Diagnose: .....

Aktuelle Beschwerden / Anlass der Konsultation: .....

Letzte Periode am: ..... Abstände: ..... Dauer: .....

regelmäßig  unregelmäßig  schmerzhaft  stark

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Verhüten Sie?  Ja  nein

Wenn ja, welche Art der Verhütung benutzen Sie? .....

(Antibabypille, Intrauterinpeppar, Diaphragma, Kondom, Temperaturmethode)

Bitte wenden!

## Schwangerschaften

Geburten(Jahr/Besonderheiten) .....

Fehlgeburten..... Abbrüche..... Eileiterschwangerschaften.....

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- Unterleib       Brust       Bluthochdruck       Schilddrüse       Diabetes mellitus
- Gefäßerkrankung       Drogenabhängigkeit       Alkoholabhängigkeit       Herz       Niere
- Psyche       Geschlechtskrankheiten       Asthma       Infektionskrankheiten (Hepatitis/HIV)

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja       nein

Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie Hormone ein? .....

Haben Sie in den letzten 7 Tagen Aspirin/Blutverdünner eingenommen?  ja       nein

Sind Sie schon einmal operiert worden?  Ja       nein

Wenn ja, welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? .....

Wenn ja, wann wurden die Operationen bei Ihnen durchgeführt? .....

Haben Sie die Narkose gut vertragen?  ja       nein

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?  ja       nein

Wenn ja, welche Allergien/Unverträglichkeiten sind bei Ihnen bekannt? .....

Nehmen Sie deswegen Medikamente?  ja       nein

Rauchen Sie?  ja       nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? .....

Datum der letzten frauenärztlichen Untersuchung/ Vorsorge.....

Gynäkologe/ Gynäkologin.....

Hausarzt/Hausärztin.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

..... **X** .....

Datum	Unterschrift (Patient/ Erziehungsberechtigter)	überprüft am	Unterschrift Arzt
-------	---	--------------	-------------------

### Hinweise zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten

Ich bin daraufhin hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist. Jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit Widerruf der Einwilligung der Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgen Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

..... **X** .....

Datum	Unterschrift (Patient/ Erziehungsberechtigter)	überprüft am	Unterschrift Arzt
-------	---	--------------	-------------------