

# Anamnesebogen

(gesundheitliche Vorgeschichte)

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus und senden ihn noch vor dem Erstgespräch an die nebenstehende Adresse zurück.

**WICHTIG:** Bitte Personalausweis und Vorbefunde (Laborwerte, OP-Bericht, Arztbrief) mitbringen.

**KINDERWUNSCH**  
**BODENSEE**

Praxis Dr. med. Andreas Heine

Hegau-Tower  
Maggistraße 5  
78224 Singen

Tel 07731 – 912 999 -0  
Fax 07731 – 912 999 -99

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Frauenarzt / Internet / Zeitung / Freunde / _____
Name, Vorname, Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Größe und Gewicht:	_____ m / _____ kg
Vorstellungsgrund:	
Bisherige Schwangerschaften / davon Geburten / davon Fehlgeburten	/ /
Ist Ihr Zyklus regelmäßig (alle 26 bis 35 Tage mit einer Blutung von 3 – 5 Tagen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sondern: alle ____ Monate Ohne Medikamente nie: ____
Besonderheiten zur Blutung:	sehr lang <input type="checkbox"/> sehr stark <input type="checkbox"/> sehr schmerzhaft <input type="checkbox"/>
Ihre letzte Periode war am:	/ Zykluslänge: ____ Tage
Haben Sie verhütet:	Mit Pille: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mit Spirale: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> von: _____ bis: _____
Rauchen Sie:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie viel:
Welche Krankheiten haben /hatten Sie?	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Erkrankung von Magen und Darm <input type="checkbox"/> Thromboseneigung <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystems <input type="checkbox"/> Schilddrüsenstörung <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Bisherige Operationen:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:

Haben Sie Allergien:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt, zB Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , welche:
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , bei wem und was:
Zeitpunkt letzte Krebsvorsorge:	
Befundbericht an Ihren Frauenarzt erwünscht?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift Gynäkologe:	
Name und Anschrift Hausarzt:	
Name und Anschrift andere Behandler:	

## Anmeldeformular

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. mobil: \_\_\_\_\_

Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_

private E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Familienstand:  verheiratet /  eingetragene Partnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in): \_\_\_\_\_

ledig  geschieden  verwitwet

Krankenversicherung:  gesetzlich versichert  
 Privat krankenversichert in **Deutschland** (Name Kasse): \_\_\_\_\_  
 Privat krankenversichert im **Ausland**  
 Privat und Beihilfeberechtigung  
 Post B  KVB I – III  
 freiwillig versichert bei gesetzlicher Krankenversicherung (Name Kasse): \_\_\_\_\_

### Erklärung bei privater Krankenversicherung:

Der Vergütungsanspruch richtet sich unmittelbar gegen den Zahlungspflichtigen und ist unabhängig von einer möglichen Erstattung. Ich bestätige, dass mir bekannt ist, dass ich als Privatpatient in vollem Umfang selbst zahlungspflichtig bin. Ich verpflichte mich, die Rechnung nach Erhalt ohne Abzug zu begleichen. Die Abrechnung erfolgt nach den gültigen Sätzen nach dem jeweils aktuellen Stand der GOÄ vom 09.02.1996.

Ich wurde darüber informiert, dass ich bei speziellen Untersuchungen (Labor, Gewebeproben, Röntgen usw.), die nicht von meinem behandelnden Arzt selbst durchgeführt werden, jedoch für meine Behandlung notwendig sind und in Absprache mit mir erfolgten, Rechnungen anderer Ärzte erhalte.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient

## **Patienteninformation zum Datenschutz**

hiermit informieren wir Sie nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten in unserer Praxis Kinderwunsch Bodensee.

### **1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung**

Praxisname: Kinderwunsch Bodensee, Praxis Dr. med. Andreas Heine

Adresse: Maggistraße 5, 78224 Singen

Kontaktdaten: [info@endlichnachwuchs.de](mailto:info@endlichnachwuchs.de); Tel.: 07731 – 912 999-0, Fax: 07731 – 912 999-99

### **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]) 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.

Zu den Gesundheits- und Behandlungsdaten zählen Anamnesen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnissen, 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).

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 oder 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. 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 berechtigte 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 Behandlungskontakt aufzubewahren.

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.
- Es können sich weitere Datenübermittlungspflichten aus anderen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

## 5. 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 Baden-Württemberg  
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Ihr Praxisteam vom Kinderwunsch Bodensee

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Laufe Ihrer Behandlung kann es sich ergeben, dass wir mit weiteren Ärzten oder Institutionen in Kontakt treten müssen, um Ihre Behandlung weiter planen, bzw. fortführen zu können. Hierfür benötigen wir eine Schweigepflichtsentbindung.

Hiermit entbinde Ich, Frau/Herr

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal des Kinderwunsch Bodensee,  
Praxis Dr. med. Andreas Heine von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner/meinem:

- Krankenkasse \_\_\_\_\_
- Versicherung \_\_\_\_\_
- Hausarzt Dr. med. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen (z.B. Untersuchungsbefunde, ärztliche Aufzeichnungen) an o.g. Stelle(n) weitergeleitet werden zum Zwecke

- der Zusendung von Untersuchungsbefunden
- meiner Weiterbehandlung
- Kenntnisnahme / Bearbeitung

Im Falle einer Weiterbehandlung erkläre ich mich des Weiteren damit einverstanden, dass dem o.g. weiterbehandelnden Arzt auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Frau