

Anamnesebogen

Diabetes und Schwangerschaft



Allgemeine
Angaben

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____ e-Mail _____
 Festnetz _____ Mobil _____
 Gynäkolog:in _____ Hausärzt:in _____

Schwangerschaft und
Diabetes

Schwangerschaftswoche: _____ Geburtstermin: _____
 Anzahl /Alter Kinder: _____ Anzahl Fehlgeburten: _____
 Wog eines Ihrer Kinder bei der Geburt mehr als 4.500g? nein ja
 Bestehen Schwangerschaftskomplikationen: nein ja _____
 Wurde bereits einmal Diabetes bei Ihnen diagnostiziert? nein
 Schwangerschaftsdiabetes Typ 1 Diabetes Typ 2 Diabetes
 Tritt in Ihrer Familie Diabetes auf? nein ja bei: _____

Allgemeine
Lebensumstände

Mit wie vielen Personen leben Sie in einem Haushalt? _____
 Sind sie aktuell berufstätig? ja nein
 Aktuelle/letzte berufliche Tätigkeit: _____
 Hobbys: _____ Rauchen Sie? ja nein

Erkrankungen und Medikamente

Haben Sie Erkrankungen?
 Bluthochdruck in der SS Schilddrüsenunterfunktion
 Bluthochdruck (vor SS) Polycystisches Ovarsyndrom
 Eisenmangel Sonstiges: _____

Weitere wichtige Hinweise: _____

Falls Sie Medikamente einnehmen, notieren Sie diese bitte hier:

Name	Dosierung				Seit:
	morgens	mittags	abends	zur Nacht	

Informationen zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig, daher möchten wir Ihnen folgende Informationen geben:

Im Rahmen Ihrer Behandlung sind wir gesetzlich verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten (insbesondere Name, Geburtsdatum, Kontaktadresse sowie bisherige und zukünftige medizinische Daten) aufzuzeichnen. Die elektronische Datenverarbeitung ist für Ihre Behandlung unerlässlich und erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Mitarbeiter:innen der Praxis Einblick in Ihre Daten haben, sofern dies im Rahmen Ihrer Behandlung erforderlich ist. Wir versichern Ihnen, dass alle Mitarbeiter:innen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet haben.

Außerdem informieren wir Sie darüber, dass Ihre persönlichen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an Leistungsträger der Sozialversicherung (bspw. Krankenkassen etc.) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden müssen.

Unser Aushang „Information zum Datenschutz für Patient:innen“ gibt Ihnen weitere Informationen rund um das Thema Datenschutz.

Ihr Praxisteam

Bitte unterschreiben Sie auf der nächsten Seite Ihre Kenntnisnahme und Einwilligung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Kenntnisnahme Datenschutz und Einwilligung

- Die umseitige Information zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung an meinen Hausarzt (§ 73 Abs. 1 b SGB V) und im Zuge der Mit- und Weiterbehandlung an weitere Fachärzte, inklusive Laborärzte übermittelt werden.
- Ich möchte ggf. von der Möglichkeit der Video-Sprechstunde Gebrauch machen. Ich willige daher ein, dass die dafür relevanten Daten (Arztname, mein Vor- und Nachname, meine E-Mailadresse und Handynummer) im Falle der Vereinbarung eines Videotermins an den Anbieter des für Videosprechstunden zertifizierten Portals „viomedi“ übermittelt werden. Anbieter des Portals ist:
Facharzt-Sofort-GmbH
Straubinger Str. 19
94363 Oberschneiding
Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomedi.de/impresum>, die Datenschutzerklärung finden Sie unter: <https://viomedi.de/datenschutz>.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Einwilligungen jederzeit widerrufen können!

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Weitergabe von Informationen und Rezepten an Bezugspersonen

Ich erteile meine Einwilligung, dass Informationen und Rezepte im Rahmen meiner Behandlung an die folgenden Personen weitergegeben werden:

Name	Vorname	Geburtsdatum	ggf. Einschränkungen (z.B. "nur Rezepte")

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können!

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in