
Anti-Aging-Check für die Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ausgefüllt am

Liebe Patientin,

Gratulation, dass Sie sich dafür entschieden haben, aktiv etwas für Ihre Gesundheit zu tun. Alt werden und jung bleiben – das muss kein Traum sein!

Der **Anti-Aging-Check für die Frau** dient der Erstellung Ihrer persönlichen Gesundheitsrisiko-Analyse und gibt Ihnen Aufschluss über Ihre individuellen Gesundheitsrisiken beziehungsweise die mit verursachenden Faktoren Ihrer Erkrankungen.

Sie haben damit die Chance etwas für den **Erhalt Ihrer Gesundheit bzw. Vorbeugung von Krankheiten** (Primärprävention) zu tun. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die **Verhinderung des Fortschreitens oder die Vermeidung von Komplikationen** bei einer bereits bestehenden Erkrankung (Sekundär- bzw. Tertiärprävention).

Sie erhalten dafür von uns einen individuellen Vorsorge- und Therapieplan sowie eine Berechnung Ihres Vitalitätsoptimums.

Hinweise zur Bearbeitung

Nutzen Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens bitte ausschließlich den [Adobe Reader](#).

Sie können das Programm kostenlos herunterladen. Download und Installation dauern nur wenige Minuten.

Speichern Sie bitte zunächst diesen Anamnesebogen über „Speichern unter“ auf Ihrem Rechner (z. B. auf dem Desktop).

Bitte beantworten Sie dann die nachfolgenden Fragen sorgfältig und in Ruhe.

Familienanamnese – genetische Risikoabschätzung

Bitte geben Sie an, wer in Ihrer Familie nachfolgende Erkrankungen hat bzw. hatte:

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Atmungssystem

Asthma bronchiale								
Heuschnupfen durch Pollen (allergische Rhinopathie)								
Heuschnupfen, unklarer Ursache (allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet)								

Augen und Augenanhangsgebilde

Grauer Star (Cataracta senilis)								
Grüner Star (Glaukom)								
Makuladegeneration des hinteren Poles (AMD)								

Blutbildende Organe – Immunsystem

Infektanfälligkeit (Immundefekt), nicht näher bezeichnet								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Adipositas - BMI (Körpermassenindex) ≥ 30								
Diabetes mellitus, Typ II (nicht primär insulinabhängig)								
Erhöhte Triglyzeride (reine Hypertriglyzeridämie)								
Erhöhung des LDL-Cholesterins (reine Hypercholesterinämie)								
Gicht, nicht näher bezeichnet								
Harnsäurestoffwechselstörung (Hyperurikämie) ohne Zeichen von entzündlicher Gelenkentzündung (Arthritis) oder tophischer Gicht								

Familienanamnese – genetische Risikoabschätzung

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Allergie, nicht näher bezeichnet								
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Haut und Unterhaut

Neurodermitis (atopisches [endogenes] Ekzem)								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kreislaufsystem

Angina pectoris (Brustschmerz wg. Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße)								
Arterienverkalkung (Arteriosklerose, Atherosklerose)								
Arterienverkalkung der Hirngefäße (zerebrale Atherosklerose)								
Bluthochdruck (essentielle [primäre] Hypertonie)								
Erkrankungen der Herzkranzgefäße (chronische ischämische Herzkrankheit)								
Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt)								
Schlaganfall (Apoplex), nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet								
Vorhofflimmern								

Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Chronische Polyarthrit (PCP; rheumatoide Arthritis)								
Knochenerweichung (Osteomalazie) im Erwachsenenalter								
Knochenwachstumsstörung (floride Rachitis)								
Osteoporose (Knochenschwund) ohne pathologische Fraktur (Knochenbruch)								

Familienanamnese – genetische Risikoabschätzung

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Nervensystem – Psyche

Alzheimer-Krankheit								
Angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks (außer Spina bifida)								
Demenz (Störung der Hirnleistung), nicht näher bezeichnet								
Depressive Episode								
Hirnfarkt (ischämischer – durch Blutleere bedingter Hirnfarkt)								
Migräne								
Motoneuron-Krankheit (amyotrophische Lateralsklerose; Lou-Gehrig-Syndrom)								
Multiple Sklerose (MS)								
Parkinson-Syndrom (primäres)								
Spina bifida (angeborene Fehlbildung, z. B. „offener Rücken“)								

Neubildungen / Krebserkrankungen

Brustkrebs (Mammakarzinom)								
Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)								
Hautkrebs (sonstige bösartige Neubildung der Haut)								
Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)								
Magenkrebs (Magenkarzinom)								
Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom)								
Melanom (schwarzer Hautkrebs)								
Plasmozytom (Multiples Myelom; Morbus Kahler)								

Familienanamnese – genetische Risikoabschätzung

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

Urogenitalsystem (Nieren, Harnwege – Geschlechtsorgane)

Nieren- und Ureterstein (Harnleiterstein)								
Stein in den unteren Harnwegen (Harnblase)								

Verdauungssystem

Gutartige Neubildung des Dickdarms (Kolon), des Mastdarms (Rektum), des Analkanals und des Anus								
Morbus Crohn (Enteritis regionalis)								

Geben Sie bitte nachfolgend Ihre übliche Ernährungsweise an:

Mischköstler

Verzehr von pflanzlichen sowie tierischen Nahrungsmitteln

Ovo-Vegetarier

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Eiern

Lacto-Vegetarier

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Milch und Milchprodukten

Ovo-Lacto-Vegetarier

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln, Eiern sowie Milch und Milchprodukten

Veganer

Verzehr von ausschließlich pflanzlichen Nahrungsmitteln

Genussmittelkonsum

Bitte geben Sie Ihren Genussmittelkonsum an:

Kein Alkoholkonsum

Anzahl in der letzten Woche

Bier (0,3 l)

Weißwein (0,2 l)

Rotwein (0,2 l)

Spirituosen (Schnaps etc.)

Sekt / Cocktail (0,2 l)

Nichtraucher

Nichtraucher seit x Jahren

Passivraucher

Zigaretten

Anzahl pro Tag

Zigarren

Zigarillo

Pfeife

Kein Kaffeikonsum

Anzahl pro Tag

Kaffee (125 ml)

Espresso (50 ml)

Cappuccino (125 ml)

Latte macchiato (225 ml)

Grüner Tee (125 ml)

Schwarzer Tee (125 ml)

Cola Getränke (300 ml)

Energy Drinks (250 ml)

Aktivitäten pro Tag

Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit:

Sitzend

- z. B. Bürotätigkeit

Sitzend, zeitweilig gehend/stehend

- z. B. leichte Hausarbeiten

Überwiegend gehend/stehend

- z. B. Verkäuferin

Körperlich anstrengend

- z. B. Altenpflegerin

Körperlich sehr anstrengend

- z. B. Forstwirtin

Rentnerin

Schicht-/Wechseldienst

Nachtdienst

Zur Zeit arbeitslos

Teilen Sie die 24 Stunden eines Werktages auf:

Berufliche Aktivität (Arbeitszeit)

hh:mm

Schlafdauer

hh:mm

Passive Freizeit (z. B. Fernsehen, Internet, Ausruhen, Lesen)

hh:mm

Aktive Freizeit (z. B. Spazieren gehen, Einkaufen, mit Kindern spielen, Hausarbeit)

hh:mm

Summe (die Zeitangaben müssen zusammen 24 Stunden ergeben!)

hh:mm

Sportliche Aktivität

Bitte geben Sie Ihre sportliche Aktivität der letzten 6 Wochen an:

Keine sportlichen Aktivitäten

Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportler

Leistungssportler*

*Ein Leistungssportler trainiert mindestens 3-mal pro Woche, jeweils 90 Minuten und hat einen zusätzlichen wöchentlichen Kalorienverbrauch von wenigstens 2000 kcal.

Notieren Sie im Folgenden die Sportart sowie die Trainingshäufigkeit und -dauer pro Woche.

Sportart	Hauptsportart	Wochentag/e	Uhrzeit – von - bis
Nordic Walking (Beispiel)	x	Montag, Donnerstag	17:00-17:45, 18:30-19:00
Schwimmen (Beispiel)		Mi, Sa, So	09:00-09:30

Schwangerschafts- und Zyklus-Anamnese

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Zyklus und Ihren Schwangerschaften:

Erste Regelblutung (Lebensalter in Jahren)

Letzte Regelblutung (TT.MM.JJJJ)

Zykluslänge* (Beispiel: 28 bis 30 Tage)

bis

*Die Zykluslänge ist der Abstand in Tagen, zählend vom ersten Tag (Beginn) einer Regelblutung bis zum Ende des Zyklus, das heißt, bis einschließlich des letzten Tages vor Beginn einer neuen Regelblutung.

Nicht schwanger – ohne Kinderwunsch

Nicht schwanger – mit Kinderwunsch < 1 Jahr

Nicht schwanger – mit Kinderwunsch seit mindestens 1 Jahr

Derzeit bestehende Schwangerschaft

Frühere Schwangerschaften

1. Schwangerschaft 2. Schwangerschaft 3. Schwangerschaft 4. Schwangerschaft

Geburtsjahr

Geburt zum Termin

Geburt 2 Wochen nach Termin

Frühgeburt – bis 37. Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht

Nicht gestillt

Gestillt – weniger als 6 Wochen

Gestillt – 6 Wochen und mehr

Fehlgeburt bis 16. Schwangerschaftswoche (Frühabort)

Fehlgeburt von 17. bis 28. Schwangerschaftswoche
(Spätabort)

Totgeburt – ab 29. Schwangerschaftswoche

Schwangerschaftsabbruch

Bitte machen Sie Angaben zur Empfängnisverhütung:

Keine – ohne Wunsch nach Empfängnisverhütung

Keine – mit Wunsch nach Empfängnisverhütung

Keine – wegen Kinderwunsch

Empfängnisverhütung

Falls Sie eine Empfängnisverhütung durchführen, geben Sie diese bitte nachfolgend an:

Ovulationshemmer – Kombinationspräparat

Ovulationshemmer – Sequenzpräparat z. B. Zweiphasenpräparat

Ovulationshemmer – antiandrogene Wirkung

Depotpräparat – Gestagen

Minipille – Gestagen

Intrauterinpessar – Spirale mit Hormon

Intrauterinpessar – Spirale ohne Hormon

Kondom

Lokal-chemische Mittel – Spermizide

Scheidendiaphragma

Krankheiten

Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Krankheiten Sie haben:

seit Jahr
(JJJJ)

Chronische Schmerzen
Diabetes mellitus, Typ 2
Hashimoto-Thyreoiditis
Hereditäre Fructoseintoleranz (angeborene Form)
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
Hypercholesterinämie (Cholesterin ↑)
Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)
Hypertonie (Bluthochdruck)
Hypertriglyzeridämie (Triglyceride ↑)
Hyperurikämie (Gicht)
Kolonkarzinom (Dickdarmkrebs)
Lactoseintoleranz
Morbus Basedow
Rheuma
Subkl. (latente) Hyperthyreose ("milde"
Schilddrüsenüberfunktion)
Entzündliche Polyarthropathien
(Gelenkerkrankungen)

Weitere Krankheiten

Operationen

Bitte geben Sie Ihre Operationen an. Die unteren Felder dienen der freien Texteingabe.

	Jahr (JJJJ)	Monat (MM)	Grund der Operation
Entfernung der Gebärmutter			
Entfernung des Eierstocks, links			
Entfernung des Eierstocks, rechts			
Entfernung beider Eierstöcke			

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Medikament 1	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
Medikament 2	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
Medikament 3	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
Medikament 4	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
Medikament 5	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	

Dauermedikation

Medikament 6

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Medikament 7

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Medikament 8

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Medikament 9

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Medikament 10

Name des Medikamentes/Wirkstoffs

Therapiebeginn

(TT.MM.JJJJ)

Handelsname

Wirkstoffmenge/Einheit

Dosierung/Anzahl

Darreichungsform

Bitte geben Sie Beschwerden an, die bei Ihnen in den letzten 4 Wochen aufgetreten sind:

1. Ich bin erschöpft, mir fehlt die Tatkraft.
2. Meine Muskelkraft nimmt ab (Schwächegefühl).
3. Ich leide unter anhaltender nervlicher und körperlicher Anspannung.
4. Ich habe weniger Freude an Dingen, die mir normalerweise Spaß machen.
5. Ich leide unter Niedergeschlagenheit, Depression, Hoffnungslosigkeit oder Traurigkeit.
6. Ich habe das Gefühl, den Höhepunkt des Lebens überschritten zu haben.
7. Ich bin leicht reizbar und zornig oder schlecht gelaunt.
8. Ich mache mir verstärkte Sorgen über verschiedenste Dinge, auch über Kleinigkeiten.
9. Ich leide unter anhaltender Ängstlichkeit ohne Grund.
10. Ich verliere an Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit.
11. Ich kann mir Neues nicht mehr so gut merken wie früher.
12. Ich habe das Gefühl, dass das Gedächtnis nachlässt.
13. Ich leide unter Belastungen beziehungsweise Stress.
14. Mein allgemeines Wohlbefinden hat sich verschlechtert.
15. Ich bin körperlich nicht fit.
16. Im Vergleich zu früher bin ich höchstens noch 50 % leistungsfähig.
17. Mein Selbstvertrauen und meine Durchsetzungsfähigkeit lassen nach.
18. Ich leide unter Einschlafstörungen – Einschlafphase länger als 30 Minuten.
19. Ich leide unter Durchschlafstörungen – Durchschlafphase kürzer als 4 Stunden und 30 Minuten.
20. Ich leide unter einem erhöhten Schlafbedürfnis; ich bin tagsüber oft müde.
21. Ich habe starkes Herzklopfen, Herzrasen beziehungsweise Herzstolpern.

22. Meine Haut ist trocken.
23. Meine sexuelle Aktivität lässt nach.
24. Meine Libido beziehungsweise mein sexuelles Verlangen lässt nach.
25. Ich habe Beschwerden beim Wasserlassen (z.B. häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang).
26. Ich habe Beschwerden beim Geschlechtsverkehr.
27. Meine Scheide fühlt sich trocken an.
28. Ich habe Rückenschmerzen.
29. Ich habe Gelenkschmerzen.
30. Ich habe Muskelschmerzen.
31. Ich habe plötzliche und unerwartete Schweißausbrüche oder Hitzewallungen.
32. Wie alt fühlen Sie sich?
33. Wurde Ihre Gebärmutter operativ entfernt?
Wenn JA, bitte das Jahr (JJJJ) angeben.
34. Wurde Ihr linker Eierstock operativ entfernt?
Wenn JA, bitte das Jahr (JJJJ) angeben.
35. Wurde Ihr rechter Eierstock operativ entfernt?
Wenn JA, bitte das Jahr (JJJJ) angeben.

Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an:

Körpergröße (cm)

Körpergewicht (kg)

Wunschgewicht (kg)

Taillenumfang (cm)

Hüftumfang (cm)

Wie misst man den Umfang der Taille beziehungsweise Hüfte korrekt?

Messen Sie bitte den **Taillenumfang** mit einem Maßband in der Mitte zwischen dem unteren Rippenbogen und der Hüfte (oberhalb des Bauchnabels).

Messen Sie bitte den **Hüftumfang** am Ende des Oberschenkelknochens am breitesten Punkt der Hüfte. Achten Sie bitte stets darauf, dass das Maßband waagrecht gehalten wird.

Beschwerden / Symptome

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*	Kreuzen Sie an, wenn diese Beschwerde zyklusabhängig ist
Ich leide unter einem Spannungsgefühl der Brust.						
Meine Brustwarzen sind sehr empfindlich.						
Ich leide unter einem geblähten Leib.						
Ich leide unter Blähungen.						
Ich leide unter Völlegefühl.						
Ich habe Spannungen im Unterbauch.						
Ich habe das Gefühl, Wasser einzulagern.						
Ich nehme vor der Menstruation an Gewicht zu.						
Ich leide unter Migräneanfällen.						
Ich leide unter Kopfschmerzen.						
Ich leide unter unreiner Haut.						

***Legende**

Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;
Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Weitere Beschwerden

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Abnorme Gewichtsabnahme					
Abnorme Reflexe					
Atemnot (Dyspnoe)					
Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung					
Auszehrung; starke Abmagerung (Kachexie)					
Bauchschmerzen, sonstige und nicht näher bezeichnete					
Bauchwassersucht (Aszites)					
Blähungen (Flatulenz und verwandte Zustände)					
Blässe					
Blutung der Haut, kleinflächige, fleckenförmig (spontane Ekchymosen)					
Blutung, andernorts nicht klassifiziert					
Demoralisierung und Teilnahmslosigkeit (Apathie)					
Durchfall (Diarrhoe) und Magendarmentzündung (Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs)					
Fehlen des Geruchssinns (Anosmie)					
Fieber sonstiger und unbekannter Ursache					
Funktionelle Durchfallerkrankung (funktionelle Diarrhoe)					
Gedächtnisstörung für zeitliche und inhaltliche Erinnerungen (Amnesie)					
Gelbsucht (Ikterus), nicht näher bezeichnet					
Halluzinationen, nicht näher bezeichnet					
Herzaktionen wie Herzklopfen, Herzrasen etc., die Sie selbst wahrnehmen (Palpitationen)					
Koordinationsstörungen, sonstige und nicht näher bezeichnete					

***Legende**

Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;

Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Weitere Beschwerden

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Kopfschmerz					
Krämpfe und Spasmen der Muskulatur					
Krankhaft erhöhte Urinausscheidung (Polyurie)					
Krankhaftes Schwitzen (Hyperhidrose)					
Kreuzschmerz					
Kribbeln, Taub- und Pelzigsein der Haut, Taubheit etc. (Parästhesie der Haut)					
Magersucht (Anorexie)					
Ödem, anderenorts nicht klassifiziert					
Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet					
Reizbarkeit und Wut					
Schluckstörung (Dysphagie), sonstige und nicht näher bezeichnete					
Schwindel und Taumel					
Seemannsgang, eine Form der Gehstörung (ataktischer Gang)					
Sodbrennen					
Störung der Bewegungskoordination; Unfähigkeit gerade zu sitzen bzw. zu stehen (Ataxie)					
Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes, sonstige und nicht näher bezeichnete					
Tachykardie (mehr als 100 Herzschläge/Minute), nicht näher bezeichnet					
Trockene Haut (Xerosis cutis)					
Übelkeit und Erbrechen					
Übererregbarkeit von Nerven und Muskeln; anfallsartige Verkrampfungen der Muskulatur (Tetanie)					
Unwohlsein und Ermüdung					
Veränderung des Hautreliefs					
Zittern (Tremor), nicht näher bezeichnet					

***Legende**

Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;

Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Sie können nun über den Button „Überprüfung auf Vollständigkeit“ prüfen lassen, ob Sie alle für den Check erforderlichen Pflichtangaben getätigt haben.

Herzlichen Dank, dass Sie den Anamnesebogen ausgefüllt haben.

Bitte beachten Sie: Da Ihre Daten in diesem Dokument unverschlüsselt vorliegen, sollten Sie nur sichere Übermittlungsarten nutzen.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Mit der Zusendung des Anamnesebogens stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).