



Anamnesefragebogen

Ich _____
(Name, Vorname) (Geburtsdatum / Geburtsort)

wohne: _____
(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

bin versichert bei _____
(Krankenversicherung)

bin zu erreichen unter _____
(Telefonnummer Festnetz / Mobil)

Email _____

bin beschäftigt bei _____
(Firmenname, Telefonnummer, Beruf)

Aus welchem Grund suchen Sie unsere Praxis auf?

Besteht / bestand bei Ihnen:

eine Herz-Kreislaufkrankung? Ja Nein _____

eine Nierenerkrankung? Ja Nein _____

eine Lebererkrankung / Hepatitis? Ja Nein _____

eine HIV-Erkrankung? Ja Nein _____

eine Schilddrüsenerkrankung / Diabetes? Ja Nein _____

eine Allergie / Unverträglichkeit? Ja Nein _____

Sind Sie Raucher/in? Ja Nein _____

Sind Sie schon einmal an Krebs erkrankt? Ja Nein _____

Wurden Sie schon einmal operiert? Woran? Ja Nein _____

Familiäre Erkrankungen:

Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? Ja Nein

Möchten Sie am Erinnerungssystem (Recall) teilnehmen, sodass wir Sie jährlich an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnern? Ja Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1b SGB V und zur Schweigepflichtentbindung

Ich, _____

(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt, ggf. das Landesamt für soziale Dienste (bei Fragen bezüglich der Erwerbsminderung) meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt. Ja Nein
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt. Ja Nein

Mein Hausarzt / überweisende Ärzte sind:

Ich entbinde weiterhin den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen (Partner/in, Kinder) Ja Nein

(Name) (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Es ist mir bekannt, dass ich in Zukunft diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Hinweis: Unsere Patienteninformation zum Datenschutz ist für Sie im Wartezimmer ausgehängt, ebenfalls finden Sie eine Auflistung unserer Kooperationspartner in unserer Anmeldung.