



## 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.