

# Anamnesebogen

---

Name

Vorname

Geb. Datum

---

Adresse

---

Telefon

Mobil

E-Mail

---

Beruf

---

Versicherung

---

Hauptversicherter

Geb. Datum

---

ggf. gesetzlicher Vertreter/in bei Personen unter 18 Jahren/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Name

Vorname

Geb.Datum

---

Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns in die Praxis?

---

---

---

Haben Sie Vorerkrankungen ja/nein? Wenn ja, welche?

---

---

---

Nehmen Sie Medikamente ein ja/nein? Wenn ja, welche? In welcher Dosierung?

---

---

---

**-Bitte Seite 2 beachten-**

Leiden Sie an Allergien ja/nein? Wenn ja, welche?

---

---

---

Leiden Sie an Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis B, Tuberkulose) oder Blutgerinnungsstörungen?

---

---

---

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder ein Organtransplantat? ja  nein

Sind Sie zuckerkrank? Tabletten?  Insulinpflichtig?  ja  nein

Rauchen Sie? ja  nein

Wurden Sie operiert? ja  nein

Falls ja, welche?.....

Ihre Körpergröße \_\_\_\_\_ cm; Ihr aktuelles Gewicht \_\_\_\_\_ kg?

Zuständige Apotheke: \_\_\_\_\_

Kontaktperson im Notfall:.....

Besteht eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht? ja  nein

(zutreffendes bitte unterstreichen)

Wenn ja, Kontakt:.....

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:

## Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Praxis/ des MVZ offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, nach DATENSCHUTZINFORMATION gemäß § DS-VGO 2018 geschult und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Folgende Daten dürfen zum Zweck der

### **Behandlungen, Krankheiten**

unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte

### **Krankenanstalten, Pflege, Betreuer, Fachärzte, Apotheke, Behandler**

übermittelt werden:

### **Befunde, Diagnosen, Bericht, Rezepte, Verordnungen**

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung wegen **aller Krankheiten** an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname, Anschrift: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Anschrift: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Anschrift: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters

