

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