



Anamnesebogen

Vor- und Zuname: geb. am:

Straße, Hausnummer: PLZ, Wohnort:

Festnetz-Telefon: Email:

Mobil-Telefon: Beruf:

Krankenversicherung:

Was führt Sie aktuell in die Praxis?

.....

Welche Erkrankungen sind aus der Vergangenheit bei Ihnen bekannt?

.....

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt/sind geplant?

.....

Gibt es Erkrankungen in der Familie?

.....

Welche Medikamente in welcher Dosierung nehmen Sie ein?

.....

Welche Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten sind bei Ihnen bekannt?

.....

Rauchen Sie? Nein Ja Wieviel täglich

Nur Frauen: Sind Sie schwanger? Nein Ja

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? Nein Ja Wann

Besitzen Sie einen oder mehrere Impfausweise? Nein Ja

Recall: Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner med. Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore/Krankenhäuser übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren/Krankenhäusern eingeholt werden dürfen; außerdem, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen. Ich bin mit der Speicherung von Informationen in meiner elektronischen Patientenakte (ePA) einverstanden.

An folgende Angehörige/Personen, Apotheken, Therapeuten dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten bzw. Rezepte weitergegeben werden:

Name/Adresse/Telefon:

1.

2.

3.

Die Datenangaben sind freiwillig. Einwilligungserklärungen können jederzeit widerrufen werden. Die Patienteninformationen zum Thema Datenschutz hängen im Wartezimmer aus.

Bei Änderung meiner Daten (inkl. medizinischer Angaben) werde ich die Praxis informieren.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Bogens!

Hannover, den..... Unterschrift: